RECHERCHES

RELATIVES A

L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DE LA

RÉSECTION DE LA HANCHE

DISSERTATION INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

POUR OBTENIR

le grade de Docteur en médecine

PAR

AUG. ÉMILE LECHTEN

Médecin-Praticien, Ex-Interne des Hôpitaux

STRASBOURG

IMPRIMERIE E. HUBERT ET E. HABERER

1876

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: Dr Jœssel.

A Messieurs les Professeurs LÜCKE et BŒCKEL

Hommage respectueux

E. LECHTEN.

A MES PARENTS

Reconnaissance

E. LECHTEN

RECHERCHES

RELATIVES A

L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DE LA

RÉSECTION DE LA HANCHE

INTRODUCTION

Bien que la résection de la hanche ait été l'objet de recherches nombreuses et approfondies de la part des chirurgiens les plus estimés, nous nous sommes néanmoins décidé à choisir cette étude comme sujet de notre thèse inaugurale.

Grâce aux nombreuses observations recueillies soit dans la littérature, soit dans les cliniques et services chirurgicaux de nos hospices, il nous a été donné d'étudier et les différents modes opératoires et les différents modes de traitement.

Nous guidant d'après nos propres expériences et d'après les résultats relatés dans les ouvrages que nous avions à notre disposition, nous tâcherons de faire ressortir dans notre thèse quelle est la méthode opératoire la plus recommandable et le traitement ultérieur le plus efficace.

Dans la première partie de notre ouvrage, nous décrirons en peu de mots l'anatomie de la région ; dans la seconde, nous esquisserons rapidement l'histoire de la résection de la hanche, pour passer ensuite aux affections qui rendent nécessaire l'intervention chirurgicale ; plus loin, nous étudie-

rons les différents procédés opératoires et le traitement ; enfin, dans la dernière partie de notre thèse, nous relaterons les observations recueillies à nos hôpitaux, et nous chercherons à relever les avantages que peut offrir la méthode que nous aurons jugée la meilleure.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'adresser nos sincères remercîments à Messieurs les professeurs Lücke et Bœckel pour tous les conseils qu'ils ont bien voulu nous donner et pour la bienveillance avec laquelle ils ont mis à notre disposition les malades traités à leurs services.

Anatomie.

Nous n'avons pas l'intention de donner ici l'anatomie de toute la région de la hanche ; nous nous bornerons à décrire en peu de mots les téguments, muscles, ligaments, vaisseaux et nerfs que nous pourrons rencontrer dans les différents procédés opératoires. Nous n'aurons donc à parler que de la face externe de la cuisse, des différents organes qui entourent l'article et enfin de l'articulation elle-même.

Nous trouvons d'abord la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les différents muscles qui s'insèrent, soit aux bords de la cavité cotyloïde, soit au grand trochanter et au fémur, les vaisseaux sanguins et les nerfs, et enfin l'articulation elle-même avec sa capsule et ses ligaments.

La peau, le tissu cellulaire et la première couche aponévrotique incisés, nous tombons immédiatement sur le tendon du muscle grand fessier, puis sur le grand trochanter avec ses attaches musculaires.

Nous avons, en haut et un peu en avant, le muscle moyen fessier, qui vient de la fosse iliaque externe et s'insère au sommet et à la face externe du grand trochanter; au-dessous de lui, le muscle petit fessier, venant de la partie inférieure de la fosse iliaque externe et s'insérant à la partie antérieure du bord supérieur du grand trochanter.

En haut et en arrière du grand trochanter, nous trouvons le muscle grand fessier, qui vient également de la fosse iliaque externe, pour s'insérer à la bifurcation externe de la ligne âpre, en recouvrant de son tendon le grand trochanter.

En bas, nous rencontrons une partie du triceps, principalement formée par le vaste externe, qui s'attache à la base du grand trochanter et à la ligne âpre.

Plus profondément et immédiatement autour de l'articulation, nous trouvons les muscles pyramidal, jumeaux et obturateurs, qui se fixent à la face interne du grand trochanter, et le muscle carré crural, qui s'insère à son bord postérieur.

Une partie encore du muscle droit antérieur vient renforcer en avant la capsule articulaire par un tendon qui se réfléchit sur le sourcil cotyloïdien.

Quant à l'articulation elle-même, c'est une énarthrose, formée, d'une part, par la cavité cotyloïde, d'autre part, par la tête du fémur.

Cette articulation est fixée :

1° Par une capsule synoviale, qui s'attache d'un côté au sourcil cotyloïdien, tantôt en dehors de la base du bourrelet, tantôt à sa face externe, et d'un autre côté au fémur en avant, à la base du col à la ligne intertrochantérienne, en arrière, à la réunion du tiers externe et des deux tiers internes de la face postérieure de cet os.

2° Par une capsule fibreuse, renforcée par le ligament de Bertin; elle double la synoviale et va du pourtour de la cavité cotyloïde à la base du col du fémur.

3° Par un ligament qui a la forme d'un triangle aplati de dehors en dedans, ligament rond, et qui s'insère en bas aux deux bords de l'échancrure cotyloïdienne, à la partie voisine de l'arrière-fond et au ligament transverse, pour aller de là à la tête du fémur.

La cavité cotyloïde elle-même est un segment de sphère de $0^m,022$ à $0^m,025$ de rayon, limité par un rebord onduleux, sourcil cotyloïdien; ce rebord est échancré à sa partie inférieure, échancrure cotyloïdienne.

Comme dans la cavité glénoïde, nous trouvons au pourtour de cette articulation un bourrelet, bourrelet cotyloïdien, en forme de prisme et haut de $0^m,008$ en moyenne, qui contribue à aplanir le sourcil cotyloïdien.

Enfin il nous reste encore à remarquer que la tête du fémur ne remplit pas entièrement la cavité articulaire et qu'elle laisse libre sa partie inférieure que l'on nomme arrière-fond de la cavité cotyloïde, et qui, à l'état frais, est remplie par de la graisse, des replis de la synoviale et le ligament rond.

Les vaisseaux qui se rendent à l'articulation sont fournis par les artères circonflexes interne et externe, la fessière, l'ischiatique et l'obturatrice; cette dernière fournit un rameau qui se rend à la tête du fémur en suivant le ligament rond.

Les nerfs viennent, en avant, de la branche du nerf obturateur qui va à l'obturateur externe et du nerf crural; en arrière, du nerf ischiatique et du nerf sciatique.

Historique.

Cette opération, proposée au monde médical par CHARLES WHITE, approuvée par différents chirurgiens de l'époque, fut entreprise pour la première fois en 1821 par ANTONY WHITE. L'observation, qui ne fut publiée qu'après la mort de ce chirurgien, se trouve dans la *Gazette médicale de Londres* de 1832.

Le second cas connu est celui de HEWSON, de Dublin, et date de 1828; il fut suivi de mort trois mois après l'opération.

A partir de cette époque, de nombreuses résections furent faites pour des lésions tant chroniques que traumatiques.

Nous citerons OPPENHEIM, chirurgien russe, qui réséqua sur un soldat la tête du fémur fracturée par une balle; il ne put conserver son malade, qui mourut de la peste dix-sept jours après l'opération.

SEUTIN, au siége d'Anvers, fit la même opération sans plus de succès.

TEXTOR père, 1834-1839, fit trois fois cette opération, mais perdit ses trois malades; plus tard pourtant, en 1845, il eut le bonheur de sauver un garçon de 9 ans, atteint de carie de l'articulation.

Dans la même année, une résection de la hanche, faite par FERGUSSON, obtint un succès complet; ce chirurgien eut bientôt de nombreux imitateurs.

Ce ne fut qu'en 1847 que l'on entreprit pour la première fois cette opération en France, et c'est à ROUX que revient cette priorité; malheureusement cette première tentative ne fut point couronnée de succès.

M. Sédillot rapporte dans son *Ouvrage de médecine opératoire* un cas observé par lui à Würzbourg et opéré par Textor en 1850. Le patient marchait assez bien, en s'appuyant sur son membre. La guérison s'était effectuée malgré l'altération très-avancée de la cavité cotyloïde et un abcès de la fosse iliaque interne.

M. Sédillot eut un insuccès en 1858 sur un soldat atteint de carie de l'articulation. Il fallut faire la résection au-dessous du grand trochanter et évider l'os à une grande profondeur. L'opéré mourut au bout de dix-mois, à la suite d'une suppuration intra-pelvienne.

Partridge eut de bons résultats chez deux de ses opérés en 1859.

B. v. Langenbeck, en 1857 et 1860, obtint un plein succès.

C. Fock, médecin en chef des hospices de Magdebourg, bien connu par son travail sur la résection de la hanche (voy. Langenbeck's Archiv. A. 1860), compte 6 opérés pendant les années 1859 et 1860, dont 3 guérisons.

Sayre, l'un des chirurgiens qui ont le plus souvent pratiqué cette opération, compte 7 guérisons pendant les années 1860—1863.

Bardeleben aussi rapporte 3 cas heureux de 1860, 1862 et 1863.

En 1864, M. le professeur Eug. Bœckel présenta à la Société de médecine de Strasbourg un garçon de 10 ans, auquel il avait réséqué le fémur au niveau du petit trochanter pour une coxalgie suppurée, suivie de luxation avec vaste phlegmon de la cuisse. Après 18 mois, le dernier trajet fistuleux était fermé et le malade marchait sans canne, en boîtant un peu. La plupart des mouvements étaient conservés et se faisaient très-librement.

Dans la *Petersb. med. Ztschr.*, VII, 3 et 4, A. 1864, le Dr

E. Kade rapporte 11 cas de résection de la hanche pour plaies par armes à feu, dont une guérison.

Mortalité 90 9 %.

En 1865, M. Sédillot obtint un succès complet sur un enfant de dix ans opéré pour une coxalgie.

Sans nous arrêter plus longtemps à relater ici des faits isolés dans l'histoire, nous nous bornerons à renvoyer aux archives de Langenbeck, A. 1872, où nous trouvons une excellente statistique de toutes les résections exécutées et publiées depuis Fergusson jusqu'en 1869. Dans ce travail, l'auteur, M. le Dr H. Leisrink, assistent à l'hôpital de Hambourg, rapporte 162 cas de résection de la hanche, qui donnèrent comme résultat final 61 guérisons. Donc la mortalité dans cette opération peut être évaluée à 63, 6 %.

La guerre franco-allemande, de même qu'avant elle la guerre de Crimée et celle entre l'Autriche et la Prusse, fournit un contingent assez nombreux de plaies de l'articulation coxo-fémorale.

Là encore, comme toujours, les chirurgiens étaient surchargés de travail, les ambulances regorgeaient de malades, et les soins si nécessaires à la suite de cette opération ne purent être suffisamment prodigués aux malheureux qui avaient dû s'y soumettre; aussi n'y a-t-il que peu de médecins qui puissent se flatter d'avoir sauvé l'un ou l'autre de leurs opérés.

Le Dr Bernhard Beck, médecin en chef du 14e corps d'armée, eut l'occasion de juger par lui-même de l'effroyable mortalité dans cette opération. Sur 5 réséqués de la hanche pour plaies par armes à feu, soit immédiatement, soit peu après qu'ils eurent été blessés, il en perdit 4; aussi, dit-il, dans la suite me contentai-je au premier pansement d'enlever les esquilles détachées; je suivis les malades pendant quel-

que temps, me réservant pour plus tard toute intervention chirurgicale.

Kirchner de Breslau fit, à l'ambulance du palais de Versailles, la même opération sans plus de succès.

Koch Guillaume, médecin du 1er corps d'armée, eut aussi le malheur de perdre son opéré.

Dans les Archives de Langenbeck, A. 1874, nous trouvons une statistique des résections de la hanche faites pendant la dernière guerre.

Les 31 cas cités se répartissent comme suit entre les différents chirurgiens :

B. v. Langenbeck, professeur à Berlin, 6 résections, 6 morts. Ce chirurgien employa son procédé.

Dr Zmula, médecin-major prussien, 1 cas suivi de guérison. Procédé de White.

Dr Hüpeden, 1 cas, guéri. Procédé de Langenbeck.

Dr Gæhde, médecin-major prussien, 1 cas, mort. Procédé de Langenbeck.

Th. Billroth, professeur à Vienne, 3 cas suivis de mort

Dr Küster, 1 cas, mort.

Dr Wegner, 1 cas, mort. Procédé de Langenbeck.

H. Fischer, professeur à Breslau, 1 cas, mort. Procédé de White.

Professeur Lücke, 1 cas, mort.

Hueter, professeur à Greifswald, 1 cas, résultat inconnu.

Dr Heppner, de Saint-Pétersbourg, 2 cas, 2 morts.

Volkmann, professeur à Halle, 3 cas, 3 morts.

Dr Welker, 1 cas, guéri.

Opérateur inconnu, 1 cas, guéri.

Czerny, professeur à Berne, 1 cas, mort.

A. Wagner, professeur à Kœnigsberg, 1 cas, mort.

Dr Graf, 1 cas, mort.

Dr B. Beck, 2 cas, 2 morts.

Dr Pagenstecher, 1 cas, mort.

Dr Battlehner, de Carlsruhe, 1 cas, mort.

Sur ces 31 cas, nous trouvons 4 guérisons ; la mortalité peut donc être évaluée à 87, 12 %.

Mais revenons aux observations recueillies par d'autres chirurgiens et contentons nous de dire que la statistique de la dernière guerre, comme toutes celles des guerres précédentes ne nous donne que des résultats déplorables. Nous ne parlons ici que de ce que nous avons pu trouver dans les statistiques fournies par les médecins allemands ; nous eussions beaucoup aimé être plus complet et consigner dans ce travail les résultats obtenus par les chirurgiens français ; mais malheureusement, malgré nos recherches, nous n'avons rien pu trouver concernant ce sujet.

Quant à ce qui a été publié depuis 1869, nous pouvons citer d'abord les observations recueillies par Kappeler ; elles sont au nombre de 12, et eurent comme résultat final 5 guérisons.

Là déjà la mortalité ne serait plus que de 58, 3 %.

Sur les 5 opérés qui vivent, 3 sont parfaitement guéris ; le quatrième, bien que guéri, présente des lésions fonctionnelles peu satisfaisantes ; enfin le cinquième est encore en traitement, mais tout fait prévoir une heureuse issue.

V. Wahl a réuni 8 observations. Deux de ses opérés sont parfaitement guéris et marchent avec une canne en boîtant un peu ; un troisième est encore en observation ; les fistules ne sont pas encore entièrement fermées, mais le malade se promène avec des béquilles. Chez le quatrième, la suppuration est encore très-abondante ; l'opération date d'un an, et le malade n'a pas encore pu quitter le lit ; de plus, il y a eu complication de néphrite et tout fait prévoir une issue funeste.

Les quatre autres cas furent suivis de mort; deux opérés succombèrent à là méningite tuberculeuse, le troisième à un épanchement dans les ventricules, enfin le quatrième mourut de cachexie.

James Morton (*Brit. med. Journ.*, 20 janv. 1872) rapporte 3 cas dont 2 guérisons; l'un de ses malades mourut de tuberculose 5 mois après l'opération.

Volkmann, dans son ouvrage *Beitræge zur Chirurgie*, 1875, rapporte 8 observations de résection de la hanche.

Trois de ses opérés seulement furent sauvés; mais il est à remarquer que les conditions dans lesquelles l'opération dut être faite chez la plupart de ces malades étaient très-défavorables; en effet, sept d'entre eux présentaient des lésions osseuses très-avancées avec perforation et abcès du bassin.

Le premier de ses malades mourut de pyémie, deux autres furent enlevés par la méningite tuberculeuse, le quatrième aurait succombé à un empoisonnement lent par l'acide phénique, enfin le cinquième mourut d'épuisement à la suite d'un énorme phlegmon iliaque.

Nous ne nous arrêterons pas ici à parler des opérations faites à Strasbourg dans les dernières années, vu que la plupart des observations recueillies aux hospices de notre ville seront consignées dans ce travail.

Qu'il nous soit permis encore d'ajouter que la résection de la hanche, accueillie avec empressement par un grand nombre de chirurgiens anglais, américains et russes, fut traitée avec plus de circonspection par les médecins allemands et presque bannie de la médecine opératoire en France par les hésitations et les doutes de la plupart de ses chirurgiens, même les plus estimés; ici pourtant il faut excepter Ollier et Verneuil, qui, dans ces derniers temps, prirent parti pour cette opération à la Société de chirurgie.

Indications.

Nous pouvons poser en principe que la résection de la hanche ne doit être faite que dans les cas de carie de l'articulation, de luxation à la suite de coxalgie et de fracture par arme à feu.

Pour ce qui est de la carie, d'après VOLKMANN, l'opération ne serait indiquée que quand elle peut être considérée comme dernière ressource pour sauver le malade. Cet auteur préfère, malgré ses nombreux contradicteurs, remettre l'opération aussi longtemps qu'il y a encore quelque espoir de guérir le processus sans intervention chirurgicale.

A l'appui de cette théorie, il cite quelques cas de coxalgie très-graves, dans lesquels le simple évidement avec la gouge donna d'excellents résultats.

LOUIS BAUER (*St. Louis med. and surg. Journ.*, N. S. VIII, 4, p. 311, Juillet 1871), comme VOLKMANN, admet que la carie, avec perforation de la capsule articulaire et abcès par congestion, indique la résection, vu les dangers que court le malade de succomber soit à des suppurations profuses, soit à la pyémie.

Dans son ouvrage, il s'occupe d'abord du diagnostic de la coxalgie carieuse, puis du pronostic de cette affection. La gravité de ce dernier dépend surtout de l'étendue des lésions et de l'état général du malade. Ainsi, quand on aura pu constater que la cavité cotyloïde a été entraînée dans l'affection, et que de plus il est à présumer que l'on ne pourra pas enlever toutes les parties malades, le succès de l'opération est plus que douteux; si, outre cela, il existe déjà des symptômes de lésions internes, L. BAUER conseille de renoncer complétement à toute intervention chirurgicale.

Quant à James Morton (*Brit. med. Journ.*, 20 janv. 1872), il n'entre point dans les vues des chirurgiens qui n'ont recours à la résection que lorsqu'on peut la regarder comme dernière ressource; il opérera bien plus tôt qu'eux et il opérera toujours, dès qu'il aura constaté soit la luxation de la tête du fémur, soit la formation d'abcès: de cette manière, dit-il, on aura tout espoir d'obtenir des résultats plus favorables, vu l'état peu avancé de cachexie des malades.

Contrairement à cet auteur, les chirurgiens français ne se hasarderont que rarement à entreprendre cette opération: Marjolin, dans une séance de la Société impériale de chirurgie, en 1869, la déclara impraticable, dès que la cavité cotyloïde est attaquée ou lorsque la personne à opérer présente les moindres indices de scrofulose. Renchérissant sur lui, Demarquay dit, à la même séance, qu'il regrettait beaucoup de n'avoir pas encore eu l'occasion de faire cette opération lui-même, et que, se ralliant entièrement aux vues de Marjolin, il ne l'entreprendrait qu'après s'être assuré que les parents du malade sont tout à fait bien portants.

Mais revenons à ce que propose Volkmann.

Bien que ce savant professeur conseille la dernière réserve pour les cas de coxalgie carieuse chez l'enfant, il est forcé de reconnaître que la méthode conservative est fort peu recommandable chez l'adulte.

Néanmoins, hâtons-nous d'ajouter que chez celui-ci d'ordinaire toute tentative échoue, vu les complications du côté du poumon: tuberculose etc, qui accompagnent presque toujours cette affection, assez rare il est vrai, chez les grandes personnes.

Cet auteur pose les conditions suivantes:

La résection devra être faite:

1° Quand, dans une coxalgie chronique, accompagnée de

collections purulentes et de trajets fistuleux donnant beaucoup de pus, la fièvre et la consomption font des progrès.

2° Quand, dans une coxalgie jusque-là chronique, il se forme avec des symptômes fébriles très-prononcés une fonte purulente aiguë dans l'articulation.

3° Quand, par la formation d'un abcès iliaque, on peut reconnaître la perforation de la cavité cotyloïde.

4° Quand, par suite des progrès de la suppuration, la tête est sortie de la cavité cotyloïde et se sent sous les muscles qui la recouvrent.

Il déconseille, et avec raison, la résection, quand, malgré une suppuration abondante, on aura pu constater l'ankylose de la tête du fémur; car alors le processus ne siége plus dans l'articulation même, mais bien dans les parties voisines, et la résection, dans ce cas, est, sinon nuisible, du moins superflue.

Dans tous les cas, ajoute le professeur, il serait cruel d'attendre trop longtemps, une fois que l'opération a été jugée indispensable, parce que alors on ne saurait plus rien espérer d'un malade affaibli par une suppuration intense et des douleurs intolérables.

V. Wahl qui s'est beaucoup occupé de la résection de la hanche, conseille l'intervention, dès qu'on aura pu constater soit la carie, soit même la formation d'abcès.

Quant aux indications pour les fractures par armes à feu, nous voudrions bien recommander de les opérer le plus souvent possible; mais, vu les tristes résultats des résections faites pendant la dernière guerre, nous nous joignons aux différents chirurgiens qui eurent l'occasion de faire ces malheureuses expériences, pour ne conseiller de faire l'opération que dans les cas où un traitement rationnel et bien dirigé pourra la suivre immédiatement.

Un chirurgien russe, le Dr E. Kade (*Petersb. med. Ztschr.*, VII, 3 et 4, 1864), conseille d'attendre avant d'opérer dans les cas où les lésions osseuses sont peu étendues et dans lesquels néanmoins le diagnostic et surtout le pronostic sont douteux. Il recommande en outre de se servir du double plan incliné, si le blessé ne doit pas être transporté; dans le cas contraire, dit-il, le mieux sera d'appliquer un appareil plâtré avec fenêtre au niveau de la plaie. Si, dans la suite, il devient nécessaire de faire des incisions pour des collections purulentes, qu'on les fasse comme si l'on voulait pratiquer la résection, et que cette dernière on ne l'entreprenne que lorsqu'on trouve la tête du fémur dénudée et nécrosée, l'articulation remplie de pus et la cavité cotyloïde malade.

Pour ce qui est du moment de l'opération, nous ne saurions nous rattacher complétement aux opinions émises par le chirurgien russe cité plus haut. Nous croyons au contraire avec Volkmann qu'opérer aussitôt que possible est ce qu'il y a de mieux dans les cas de fracture par arme à feu, car l'intervention chirurgicale ne dût-elle nous amener qu'à retirer les fragments osseux éparpillés dans la plaie ou le projectile logé dans l'articulation, nous aurons au moins la consolation d'avoir soulagé momentanément le blessé.

Bien que les résultats relativement brillants de James Morton et du Dr v. Wahl puissent nous engager à entreprendre l'opération même dans les cas de simple formation d'abcès dans la coxalgie, nous préférons néanmoins nous rattacher à l'opinion de Volkmann et ne conseiller la résection de la hanche que dans les cas où l'exspectation, prolongée davantage, pourrait être pernicieuse pour le malade. Pourtant nous nous hâtons d'ajouter que, grâce aux modifications heureuses amenées tant dans le manuel opératoire

que dans le traitement consécutif de cette affection, nous pourrons, à l'avenir, entreprendre cette opération avec plus de confiance et plus de sécurité. Nous pourrons aller plus loin et opérer même des sujets atteints de lésions très-avancées du bassin; car le pansement de Lister, auquel nous devons des résultats si brillants et souvent inespérés, nous permet d'établir sans crainte des draînages, même dans la profondeur, chose qui, il y a quelques années seulement, eût été jugée sinon impraticable, du moins téméraire.

Procédés opératoires.

Le but de la résection de la hanche est d'enlever, avec des lésions aussi faibles que possible, les parties de l'articulation coxo-fémorale atteintes de carie ou détruites par une cause traumatique.

Autrefois la seule cure radicale à la disposition du chirurgien était la désarticulation de la cuisse, opération sanglante et difficile dont les résultats furent presque toujours défavorables.

Depuis son introduction dans la chirurgie moderne par A. White, la résection de la hanche eut à subir des modifications nombreuses et importantes dont nous citerons les principales.

Le premier procédé est celui de White.

Ce chirurgien conseille de pratiquer sur l'articulation une incision longitudinale commençant au-dessous de la crête iliaque et continuée jusqu'à $0^{m},08$ au-dessous du grand trochanter; il coupe ensuite les différentes insertions muscu-

laires, incise la capsule, luxe la tête et pratique enfin la section de l'os.

Fergusson et Seutin recommandent une incision cruciale.

Après ces chirurgiens, Smith se servit d'une incision en forme de T.

Rossi modifia le procédé de White, en faisant tomber sur la première incision longitudinale une seconde incision horizontale postérieure, au niveau du grand trochanter.

Roux pratiqua la résection de la hanche au moyen d'une simple incision parallèle au col du fémur et suivant la direction des fibres du muscle grand fessier.

Jæger, pour arriver à l'articulation, taille un lambeau triangulaire à base inférieure.

Velpeau circonscrit un lambeau semi-lunaire à convexité inférieure, étendu de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ischion; il coupe ensuite les insertions musculaires, incise la capsule, interpose une planchette entre la tête luxée et les parties molles et pratique la section de l'os.

Sédillot circonscrit avec le bistouri le sommet du grand trochanter, relève le lambeau ainsi formé, coupe ensuite les insertions musculaires et termine l'opération avec la scie à guichet ou la scie à chaîne.

A. Guérin fait une incision courbe à concavité antéro-inférieure, embrassant les bords supérieur et postérieur du grand trochanter.

Roser croit devoir recommander une incision commençant immédiatement en dehors des grands vaisseaux de la cuisse et se dirigeant obliquement en bas et en dehors sur le grand trochanter.

Enfin, il y a quelques années, le professeur B. v. Langenbeck employa pour la première fois le procédé suivant qui porte son nom.

Ce procédé consiste, le malade étant couché sur le flanc, à faire une incision de $0^m,10$ à $0^m,15$ de long, commençant au-dessus du grand trochanter et passant sur cet os dans le sens de sa longueur. Cette première incision achevée, on passe à la section des insertions musculaires en rasant toujours l'os. Ensuite on incise la capsule et, amenant la cuisse dans la flexion et l'adduction, on fait apparaître le ligament rond que l'on coupe pour luxer la tête et passer enfin à la section de l'os.

Ce dernier procédé, employé par ce chirurgien sur d'autres articulations encore, est certainement celui qui présente le plus d'avantages; car non-seulement il occasionne le moins de dégâts et une faible perte de sang, mais il permet encore à l'opérateur de dominer toute l'articulation et procure un écoulement facile au pus. De plus, après la guérison, il laisse une cicatrice certainement plus solide et moins sujette à être tiraillée en tous sens que toutes celles produites par les autres méthodes opératoires.

Avant de terminer ce chapitre où nous nous sommes proposé de relater les différentes modifications apportées à la résection de la hanche, il nous reste encore à nous poser une question du plus haut intérêt : Faut-il toujours ou ne faut-il pas enlever le grand trochanter?

Différents chirurgiens, entre autres MM. les professeurs Lücke et Volkmann, ont jugé que l'ablation de cette partie du fémur était sinon indispensable du moins indiquée dans la plupart des cas.

Ainsi le professeur de Halle dit déjà dans son ouvrage : *Sammlung klinischer Vortræge*, A. 1873, que cette question demanderait à être étudiée; en 1875, dans son ouvrage *Beitræge zur Chirurgie*, il déclare qu'il ne fera plus de simples

résections de la tête et du col du fémur, mais qu'il enlèvera toujours, en partie du moins, le grand trochanter.

Nous joignant à ces deux maîtres, nous conseillerons également d'enlever toujours le grand trochanter dans les cas de coxalgie chronique; dans les affections traumatiques de la hanche, quand les lésions elles-mêmes n'indiquent pas le contraire, nous croyons que cette partie du fémur peut être conservée.

En effet, dans les cas de carie de l'articulation, les parties environnantes sont bientôt attirées dans le processus morbide; c'est ainsi que dans la coxalgie nous voyons après peu de semaines survenir la rotation en dehors et la flexion du membre.

Ces changements de position proviennent assurément de la participation des muscles à l'inflammation siégeant dans le voisinage d'une part, et d'autre part, soit de la présence du pus dans l'articulation (expériences de Bonnet), soit des lésions de la capsule articulaire.

En effet, nous trouvons toujours les muscles psoas, fessiers, etc., infiltrés, atrophiés et contracturés; c'est encore à cette contracture que nous devrons dans la suite la luxation du fémur.

Or, comme la résection de la hanche est toujours pratiquée sur des sujets atteints soit d'une affection chronique de cette articulation, soit de luxation à la suite de cette affection même, il est clair que nous rencontrerons dans tous les cas des muscles contracturés et tendant à attirer en haut les parties que nous aurons conservées.

Cette action musculaire sera assez puissante pour amener en avant de la cavité cotyloïde le grand trochanter et pour nous réduire à l'impossibilité de la vaincre au moyen d'une traction même considérable.

De plus, le grand trochanter, venant se placer comme un bouchon dans l'ouverture faite pour la résection, empêchera d'abord l'opérateur de constater suffisamment les lésions de la cavité cotyloïde et du bassin, et le gênera ensuite dans les différentes manipulations qu'il faudra entreprendre pour éloigner les parties malades situées dans la profondeur. Enfin, dans la suite, il apportera un grand obstacle à l'écoulement des matières sécrétées par la plaie.

Ajoutons à ceci les observations de différents chirurgiens qui, après l'ablation du grand trochanter, ont cru remarquer une plus grande activité dans la régénération du tissu osseux, activité qui s'expliquerait assez par la différence de conformation de l'os précisément à ce niveau.

En effet, le col du fémur est à peine recouvert d'une légère couche de périoste, tandis que les parties situées immédiatement au-delà de lui présentent une couche de périoste de beaucoup plus épaisse. Si donc nous admettons avec quelques histologistes que plus le périoste est abondant, plus la néoplasie osseuse sera active, ce sera encore une raison de plus pour ne pas limiter l'ablation des parties malades immédiatement au-dessus du grand trochanter.

Dans les lésions traumatiques comme nous les rencontrons sur les champs de bataille, nous croyons que le grand trochanter peut être conservé sans inconvénients, à la condition toutefois qu'il soit intact; car dans ces cas, les muscles étant à l'état normal, les parties conservées subiront à peine un léger déplacement que l'on sera toujours en état de corriger par l'extension.

Traitement.

Nous arrivons maintenant à la partie essentielle dans l'opération de la résection de la hanche.

En effet, ce n'est pour ainsi dire que là que commence la tâche du chirurgien, tâche souvent longue et difficile, qui réclame des soins journaliers et un travail incessant. Car, l'opération une fois terminée, ne faudra-t-il point par tous les moyens soulager le malade, favoriser la guérison et chercher à rendre le membre ainsi mutilé aussi utile que possible?

Aussi, depuis A. White, que de changements introduits dans le traitement de cette affection! Nous n'en nommerons que les principaux.

Le but que se proposaient les chirurgiens de cette époque était l'ankylose du membre; pour cette raison, ce sont les appareils inamovibles qui jouèrent un grand rôle; depuis, d'autres opérateurs préférèrent ne s'occuper d'abord que de la plaie, pour n'agir que dans la suite sur la position du membre.

De nos jours, au contraire, tout en favorisant la guérison, l'on cherche, par un traitement rationnel, à conserver au membre opéré autant de mouvements que possible.

Avant de commencer l'énumération des différentes méthodes de traitement, nous croyons nécessaire de déterminer en quelques mots quel est le but que l'on se propose.

1° Nous devons empêcher le contact des parties conservées avec la cavité cotyloïde.

2° Nous devons, par tous les moyens que nous avons à

notre disposition, épargner au malade les douleurs de contact des surfaces opérées et celles que peut lui causer tout déplacement.

3° Nous devons favoriser la formation des bourgeons et la guérison de la plaie.

4° Nous devons nous procurer un libre accès à la plaie.

5° Nous devons faciliter l'écoulement du pus.

6° Nous devons permettre au malade de satisfaire tous ses besoins sans être obligé pour cela de se mouvoir.

7° Nous devons, autant que possible, éviter l'ankylose.

8° Nous devons donner au membre opéré une direction telle, que si dans la suite l'ankylose devait se produire, celle-ci se fasse dans une position favorable.

Voyons maintenant si les différents appareils inventés jusqu'à ce jour remplissent les conditions énoncées plus haut.

Nous avons d'abord les appareils inamovibles.

Parmi ceux-ci nous citerons la gouttière en gutta-percha de Sayre et l'appareil plâtré ou silicaté.

Bien que ces deux méthodes présentent des avantages réels sous plus d'un rapport, nous ne saurions néanmoins les recommander. Car si elles produisent l'immobilisation du membre et la fixation du bassin, elles occasionnent souvent au malade des douleurs atroces provenant du contact des surfaces réséquées, empêchent le chirurgien de surveiller suffisamment la région trochantérienne, amènent l'ankylose, chose que nous cherchons précisément à éviter, et ne permettent pas de donner au malade tous les soins que réclame son état.

En effet, quoi de plus nécessaire qu'une excessive propreté pour enrayer ces complications meurtrières : la pyémie et la septicémie !

Est-il possible avec ces appareils de maintenir la plaie toujours propre?

Certainement non, car on ne peut empêcher le pus de s'écouler sous l'appareil, de s'y décomposer et d'occasionner ainsi des escharres très-graves et des collections de germes putrides, à moins de renouveler celui-ci tous les deux ou trois jours et, par suite, de déranger continuellement le malade.

Vient ensuite le double plan incliné, modifié par différents chirurgiens, tels que Pott, Dupuytren, Malgaigne, Mayor, Péan et autres.

Cette méthode, qui offre certainement des avantages incontestables dans certains cas déterminés, comme sur le champ de bataille par exemple, ne saurait suffisamment remplir les conditions que nous avons posées.

Il nous reste encore à parler de la méthode suivie par certains chirurgiens et qui consiste à s'occuper exclusivement de la plaie pendant les premières semaines qui suivent l'opération.

Bien que dans quelques cas de lésions très-avancées, avec trajets fistuleux en grand nombre, ce traitement puisse avoir quelque raison d'être, nous ne nous hasarderons néanmoins pas à le recommander, et nous n'en eussions même pas parlé, si le professeur Pitha, dans *Œsterr. Ztschr. für prakt. Heilkunde*, XVI, 7, 10, A. 1870, ne relatait pas une observation très-intéressante d'un de ses opérés, auquel il n'appliqua l'extension que quelques semaines après l'opération et qui s'en alla guéri après quatre mois et demi.

Dans ces derniers temps, grâce aux travaux de différents chirurgiens, le traitement de la résection de la hanche eut à subir de nombreuses et d'heureuses modifications.

C'est ainsi que Bonnet inventa sa gouttière métallique,

plus commode sans doute pour d'autres affections, mais qui, si l'on y apportait quelques changements, serait dans le cas de rendre d'éminents services dans la clientèle riche.

Pour les services cliniques pourtant, la palme revient à l'extension, introduite il y a peu d'années seulement comme méthode curative en chirurgie.

Nous ne nous arrêterons pas ici à la décrire avec détails, mais nous croyons pourtant nécessaire d'établir en peu de mots quel est le mode d'extension le plus efficace. A cet effet, nous ne saurions mieux faire que de nous guider d'après les observations du Dr Max Schede, de Halle, qui dans Langenbeck's *Archiv*, A. 1871, consacre à cette étude un article intitulé : *Ueber die Behandlung der Gelenkkrankheiten mit Gewichten.*

Cet auteur cite les différentes méthodes telles qu'anse de sparadrap, bottine plâtrée, etc., et recommande surtout la première, que depuis on a cherché à remplacer sans succès par les bottines en cuir et, dans ces derniers temps, par des bandes de tarlatane fixées au moyen du collodion riciné.

Pour ce qui est de ce dernier procédé, nous avons pu le juger par nous-même pendant notre service d'interne chez M. le professeur Boeckel, où il fut employé pour des cas de fracture des malléoles. En effet, les bandes ainsi appliquées causent bientôt un assez fort étranglement de la partie qu'elles recouvrent, et occasionnent dans la suite des érosions très-douloureuses, accompagnées de formation de phlyctènes; aussi nous ne saurions nullement recommander ce genre de traitement.

Quant à l'anse de sparadrap, à laquelle nous aussi nous accordons la préférence, il faut qu'elle remplisse les conditions suivantes :

1° Il faut que l'emplâtre soit frais.

2° Que la toile soit solide.

3° Que la bande soit aussi large que le permet la partie sur laquelle nous l'appliquerons.

Nous aurons de plus à observer qu'après l'application de l'anse et des circulaires qui devront la maintenir, il est toujours prudent d'entourer l'appareil et tout le membre, surtout le talon, d'une bande protectrice, pour éviter les œdèmes par stase; enfin, il n'est pas inutile d'insister sur ce fait que l'on ne doit attacher les poids que quelques heures après l'application de l'appareil.

Les inconvénients que présente l'anse de sparadrap chez certains individus à peau délicate, tels qu'érosions, furoncles, etc., peuvent être tels que son application est rendue impossible. L'on entourera alors le membre d'une bande de flanelle, à laquelle on fixera au moyen d'épingles une anse de toile qui devra supporter les poids; ceci fait, l'on recouvrira le tout d'un nouveau tour de bande.

Quel est maintenant le poids qu'il conviendra d'attacher pour obtenir une extension suffisante?

Ici encore les opinions diffèrent: ainsi les auteurs américains conseillent de commencer toujours avec 6 kilogr. au moins; en Allemagne, et surtout en Autriche, d'après ce qui ressort de la *Gazette médicale de Vienne* n° 33, A. 1869, on agit avec trop de circonspection. Ce journal rapporte que l'on n'a jamais dépassé 3 1/2 kilogr. et que, dans la plupart des cas, on emploie de 0 kilogr.,500 à 2 kilogr.

A l'hôpital de Strasbourg, nous avons vu nous-même employer 2 à 3 kilogr. pour des extensions même légères, tandis que pour des cas nécessitant une traction plus forte, nous avons vu porter le nombre des poids jusqu'à 10 et 12 kilogr. sans inconvénients pour le malade.

Nous arrivons maintenant à la contre-extension.

Dans le commencement, on se servait d'une anse de toile pour la faire; plus tard, on remplaça celle-ci par un gros tube en caoutchouc. Mais cette dernière méthode encore offre trop d'inconvénients dans l'affection qui nous occupe; car si nous l'appliquons du côté sain, la traction ainsi exercée fait descendre le bassin du côté malade et atténue ainsi les effets de l'extension, dont le but principal est d'écarter les parties réséquées; si, au contraire, nous l'appliquons du côté malade, où sa place serait indiquée, elle repousse, par un mécanisme facile à comprendre, la partie supérieure du fémur en dehors, et menace de produire ainsi une fausse position du membre; de plus, par la pression qu'elle occasionne tant sur le pli de l'aîne que sur les parties latérales des organes génitaux, elle produit des excoriations et des œdèmes souvent opiniâtres.

Aussi croyons-nous que la ceinture pelvienne ou un bandage de corps au moyen desquels on ferait la contre-extension, tout en remplissant toutes les conditions de traitement, présentent beaucoup moins d'inconvénients; d'ailleurs, on pourra juger de l'efficacité de leur emploi par les observations que nous ajouterons à ce travail.

Il nous reste encore à parler de l'installation du malade dans son lit, du meilleur mode de pansement et enfin des soins à donner à l'opéré quelque temps après la résection.

Le matelas sur lequel sera couché le malade devra, ou bien porter une échancrure au niveau de la plaie, ou bien être composé de plusieurs pièces mobiles comme le recommande le Dr v. Wahl dans *Deutsche Ztschr. für Chirurgie, Jahrg. 2*, p. 543, afin que l'accès de la plaie soit facile.

Ce chirurgien place ses opérés sur une large bande de toile cirée, suspendue au-dessus d'un matelas en trois pièces, dont la partie moyenne est enlevée. Dans la toile cirée

se trouvent deux ouvertures, dont l'une correspond à la plaie et dont l'autre livre passage au tube en caoutchouc servant à la contre-extension.

De cette manière, le pus peut s'écouler librement et de plus on peut installer une irrigation continue ; la défécation aussi est de beaucoup facilitée.

D'autres opérateurs, tout en employant le matelas échancré, disposent sous leurs opérés trois ou quatre larges sangles, qui permettent, au moyen d'un système de poulies auquel elles sont fixées, de soulever le malade à volonté. Ce dernier procédé, nous l'avons vu employer par M. le professeur Eug. Bœckel dans un cas de résection cunéiforme du col du fémur pour ankylose à angle droit à la suite de coxalgie.

Dans ces derniers temps, M. le Dr J. Bœckel, chirurgien adjoint à l'hôpital civil de Strasbourg, imagina de coucher son opérée dans un hamac, dont nous trouverons la description dans l'une de nos observations. Le dessin de l'appareil se trouve dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, A. 34, n° 3.

Bien que les différentes méthodes citées plus haut présentent déjà une utilité incontestable, nous croyons néanmoins que l'on pourrait les remplacer avantageusement par la gouttière de Bonnet ainsi modifiée.

On ferait remonter l'appareil jusque sous les épaules du malade; sur le côté, au niveau de l'articulation coxo-fémorale, on établirait une échancrure accordant un libre accès à la plaie; de même, on pratiquerait une ouverture permettant au malade de satisfaire tous ses besoins sans se déranger. A la partie inférieure de la gouttière, de même que des deux côtés à la partie supérieure, on appliquerait une petite manivelle permettant de faire l'extension et la contre-exten-

sion; enfin, on munirait les quatres coins de l'appareil d'anneaux solides, afin de pouvoir, au moyen d'une poulie, soulever ce dernier avec le malade, quand il faudrait refaire le lit.

De cette façon, un peu coûteuse, il est vrai, nous croyons que toutes les conditions de traitement seraient suffisamment remplies.

Quant au pansement, nous ne saurions assez recommander celui de LISTER dans tous les cas où il n'est pas contre-indiqué par des trajets fistuleux nombreux et anciens ; car certes, grâce à lui, la résection de la hanche est appelée à devenir une opération beaucoup moins redoutable, nous dirions presque facile. D'ailleurs, l'on pourra juger de son efficacité par les quelques observations qui feront suite à ce travail.

Enfin, une fois que l'état de la plaie nous permet d'accorder au malade la permission de se lever, aucun appareil ne saurait être préféré à la machine de TAYLOR qui, tout en maintenant l'extension et la contre-extension, oblige, grâce à une modification que l'on y a apportée à la Clinique chirurgicale de Strasbourg, à savoir un tube en caoutchouc fixé à la partie externe de l'appareil et se rendant à sa partie postérieure, l'opéré à faire des mouvements de rotation en dehors et lui donne la faculté de circuler sans inconvénients jusqu'à sa complète guérison.

OBSERVATION I.

Clinique chirurgicale de Strasbourg.

Kientz Marie, d'Erstein, âgée de 9 1/2 ans. Coxalgie. Entrée le 22 Juillet 1873. Résection de la hanche.

Jeune fille bien constituée, sans traces de scrofulose et jouissant d'un embonpoint qui ne laisse rien à désirer. Ses parents sont bien portants, elle aussi avait toujours une santé florissante.

Il y a trois mois, elle ressentit sans cause appréciable des douleurs dans le genou droit; les douleurs passèrent sur la partie antérieure de la cuisse pour se fixer à la hanche. La marche devint pénible et l'enfant se mit à boiter. Sa santé est restée bonne, elle n'a jamais gardé le lit.

L'examen du membre nous le montre en forte adduction et rotation en dedans. Le bassin a subi un mouvement de flexion en avant; l'épine iliaque antéro-supérieure proémine plus que du côté sain ; la jambe appuyée sur le matelas provoque une légère lordose sous laquelle on peut passer la main.

La région de la hanche n'est que très-peu gonflée. L'extrémité est raccourcie de 2 centimètres. Les mouvements du membre sont très-douloureux et se passent surtout dans l'articulation sacro-lombaire.

28 *Juillet.* — On se propose de redresser violemment le membre; pour cela on chloroforme préalablement l'enfant. L'anesthésie ne peut vaincre entièrement la rétraction des adducteurs; on pratique alors la ténotomie de ces derniers à $0^{m},03$ au-dessous du pli de l'aîne. On parvient ainsi à corriger la flexion et l'adduction.

Pendant l'anesthésie, l'enfant tombe rapidement dans une asphyxie profonde qui nécessite la trachéotomie.

Une fois revenue à la vie, on transporte la petite M. dans son lit, l'on place la jambe dans une position convenable et l'on applique une extension au sparadrap avec contre-extension. Une vessie de glace est appliquée sur l'articulation.

L'enfant supporte une extension de 4 kilogr. 500 sans inconvénients ; les douleurs sont insignifiantes.

23 *Septembre.* — L'extrémité est dans une position très-favorable ; la lordose a disparu. Les mouvements du membre sont encore douloureux ; le bassin suit. On applique quelques pointes de feu autour du grand trochanter. L'extension est maintenue.

1er *Octobre.* — Peu de changement. Les plaies de cautérisation suppurent abondamment. Etat général satisfaisant.

12 *Octobre.* — Petite escharre au-dessus du talon. Il en part un érysipèle qui dans les jours suivants atteint rapidement la jambe et la moitié de la cuisse. Traitement : Ol. terebenth. — Chin. sulphur. à l'intérieur. Pansement à la ouate. On supprime l'extension.

21 *Octobre.* — L'érysipèle a disparu. La malade est très-affaiblie. Les douleurs dans la hanche ont augmenté d'intensité.

20 *Décembre.* — Tout gonflement ayant disparu, on réapplique une double extension de 4 kilogr. à la jambe malade et de 2 kilogr. au membre sain. Contre-extension avec un tube en caoutchouc. Vers la fin du mois de Décembre, les douleurs avaient un peu diminué, on remarqua une excessive mobilité du fémur. La région de la hanche n'est ni rouge ni gonflée ; aucune trace de pus dans l'articulation. Les plaies des cautères sont cicatrisées. On remplace l'extension par un appareil plâtré embrassant tout le bassin.

6 *Février* 1874. — On enlève l'appareil plâtré. Malgré toute absence de gonflement, le moindre mouvement imprimé au membre est horriblement douloureux ; la mobilité de la cuisse est anormale ; l'on sent de la crépitation dans l'article. Etat général assez mauvais. L'opération est décidée.

26 *Février.* — Opération. — L'anesthésie obtenue cette fois-ci sans accident, M. le professeur Lücke fait une incision selon le procédé de Langenbeck. L'articulation ouverte, il s'en écoule une grande quantité d'un pus mince. La tête du fémur n'était pas séparée du reste de l'os, mais atrophiée, ainsi que le col. On l'enleva au-dessous du grand trochanter au moyen d'un fort couteau à résection. La cavité cotyloïde a également été entraînée dans le processus inflammatoire, elle est privée de cartilage, rugueuse et perforée vers sa partie postéro-inférieure. On élargit l'ouverture.

Pendant l'opération, on pulvérise constamment de l'acide phénique. On introduit dans la plaie un morceau de taffetas vert, et on la bouche avec des tampons de mousseline phéniquée; le pansement de Lister est achevé et fixé au moyen d'un spica de l'aîne.

1er *Avril.* — Malgré la perforation de la cavité cotyloïde vers le bassin, on n'y rencontre jamais de collections purulentes. Le pus s'écoule en petite quantité. Pas de fièvre. Il sort par la plaie une petite esquille provenant de l'acétabulum. Il existe sur le trajet de la fistule menant à la cavité cotyloïde un assez vaste décollement se dirigeant vers la partie inféro-interne de la cuisse. Gros tube à draînage. Pansement de Lister une fois par jour. Extension de 2 à 5 kilogr. au membre malade, contre-extension de 2 à 4 kilogr. à la jambe saine. On produit l'abduction et la rotation en dehors au moyen d'une compresse embrassant le genou. Malgré le pansement de Lister, le pus prend 2 fois une teinte bleuâtre. Point de micrococcus. Raccourcissement : $0^{m},025$.

9 *Mai.* — Les fistules se rétrécissent. Etat général meilleur. On applique la machine de Taylor.

11 *Mai* 1875. — Les fistules ne sont pas encore guéries; suppuration profuse. La malade est obligée de se mettre au lit. On constate une dégénérescence amyloïde du foie et des reins.

A la demande des parents la malade sort du service.

OBSERVATION II.

Clinique chirurgicale de Strasbourg.

Denni Françoise, d'Ergersheim, âgée de 5 ans. Coxalgie. Entrée le 4 Novembre 1873. Résection de la hanche.

C'est une enfant délicate; elle ne mange presque pas. On constate une coxalgie commençante. Le bassin est dévié, le membre en abduction. Extension.

L'enfant devient très-misérable parce qu'elle est condamnée à garder le lit tant à cause de l'extension que pour un appareil plâtré qu'on lui appliqua dans la suite.

Aussi la position du membre redressée, et la douleur étant moindre, lui appliqua-t-on un appareil au silicate de potasse et l'envoya-t-on chez elle le 1er Février 1874.

Le 6 *Février* déjà sa mère la ramena à la clinique pour des douleurs intolérables et une forte fièvre. La position du membre était la même, mais chaque mouvement qu'on lui imprimait arrachait des cris à l'enfant.

Extension continue mais sans grands résultats. L'enfant fut atteinte d'erythema papulatum dont elle fut guérie en quelques jours. On remarqua une mobilité anormale de la tête du fémur et de la fluctuation au-dessous du ligament de Poupart, aussi l'opération fut elle décidée.

5 *Mars* 1874. — Opération. — L'incision fut faite suivant Langenbeck sous pulvérisation d'acide phénique; la capsule ouverte, il s'en écoula un pus épais et inodore.

L'on incisa également un abcès péri-articulaire et l'on enleva le grand trochanter. La cavité cotyloïde était rugueuse, la tête du fémur par contre était intacte. La plaie fut tamponnée avec de la mousseline. Hémorrhagie faible. Pansement de Lister.

13 *Mars*. — Etat général assez mauvais. Appétit presque nul. L'on ouvre un petit abcès péri-articulaire. Draînage. L'on prescrit du fer et du vin de quinquina.

28 *Mars*. — Les bourgeons sont mous et œdématiés. Il sort un séquestre d'environ $0^m,03$ qui s'est détaché du fémur. Escharre au sacrum. Etat général peu satisfaisant.

28 *Avril*. — La fièvre vespérale a diminué. La consolidation est déjà assez bonne. Les bourgeons sont plus vivaces et l'état général meilleur. Raccourcissement: $0^m,025$.

La malade est couchée sur un matelas horizontal. L'on ne traite que par l'extension et la contre-extension.

Mai 1875. — La petite malade se trouve encore au service; elle est très-pâle et émaciée. Elle n'a pas d'appétit. Les fistules de la hanche sécrètent beaucoup de pus. L'on trouve une dégénérescence amyloïde du foie et des reins.

OBSERVATION III.

Clinique chirurgicale de Strasbourg.

Arbogast Jacques, de Mittelhausen, âgé de 9 ans. Coxalgie. Entré le 21 Novembre 1873. Résection de la hanche.

Le malade avait la fièvre typhoïde il y a 4 ans, il en fut guéri après 4 semaines. Bien que de constitution délicate, il jouit toujours d'une bonne santé.

Quelque temps après sa première affection, il ressentit, sans cause connue, des douleurs dans le genou. Il fut traité par le cautère actuel et les douleurs disparurent.

Il y a deux ans environ, ce fut le tour de la hanche droite; cette fois-ci encore on appliqua le fer rouge et le petit malade fut soulagé. Néanmoins à partir de ce moment il se mit à boîter plus fort.

Il y a un an à peu près, l'on remarqua un fort gonflement indolore au tiers supérieur du fémur. On l'incisa et il en sortit du pus et une esquille. Le patient guérit, mais ne put guère se servir de sa jambe. Une nouvelle collection purulente se forma il y a six mois. On l'incisa encore et elle était presque guérie à son entrée à l'hôpital.

L'examen du malade fait voir son extrémité inférieure droite notablement atrophiée. La flexion est à angle obtus, le membre en adduction. La région de la hanche, de même que le genou, ne sont pas douloureux, on arrive presque à étendre complétement la jambe. Au côté externe de la cuisse, entre le tiers supérieur et moyen se trouve une fistule entourée d'une aréole rougeâtre qui conduit sur un os rugueux.

Elle ne donne que peu de pus. Nulle part on ne constate un épaississement du fémur. Les mouvements dans l'articulation de la hanche sont assez libres et paraissent indolores.

5 *Décembre.* — Un nouvel examen de la fistule fait découvrir un autre trajet qui conduit à l'articulation et qui donne passablement

de pus. La pression sur le grand trochanter en active l'écoulement; cette région, de même que l'articulation, sont un peu plus gonflées.

6 *Décembre.* — L'examen après anesthésie démontre une affection de l'articulation. La crépitation est évidente et l'on trouve de nombreux abcès à l'entour de l'article.

7 *Décembre.* — L'état général est sensiblement aggravé par suite du chloroforme. Forte fièvre et vomissements. Ord.: Pulv. aeroph. et quinine.

15 *Décembre.* — Le malade va mieux. La pression sur le grand trochanter fait écouler de la fistule une grande quantité de pus. L'opération est décidée.

Opération. — L'on fait une incision d'après Langenbeck et l'on enlève la tête, le col et le grand trochanter en conservant le périoste. L'incision est en partie fermée par des sutures et l'on fait communiquer la plaie de résection avec la fistule au moyen d'un tube de drainage. Pansement à découvert.

On couche le malade sur un coussin à air et l'on applique une extension à la jambe droite au moyen d'une bottine plâtrée. La jambe gauche est également mise dans un appareil plâtré. Contre-extension à gauche. On nettoie le tube à drainage et la plaie avec du permanganate de potasse.

21 *Décembre.* — Le malade a de la fièvre. L'écoulement abondant du pus nécessite l'application d'un tube en caoutchouc allant jusqu'à la cavité cotyloïde.

25 *Décembre.* — T. 40°,2. Rougeur érysipélateuse à l'entour de la plaie. Forte fièvre. Le malade est très-pâle, il a de l'appétit. On lui administre de la quinine, du vin généreux et une nourriture très-substantielle. Frictions à l'huile de térébenthine et application de ouate de Brun's sur la plaie.

26 *Décembre.* — Le malade se plaint de maux de tête. Ord.: Bains à 26°.

29 *Décembre.* — Le patient a pris 9 bains; la fièvre est tombée. Un fort œdème du scrotum cède à des scarifications multiples.

31 *Décembre.* — L'érysipèle a disparu. Forte suppuration.

14 *Janvier* 1874. — On supprime le coussin à air et l'on couche le

malade sur un simple matelas. On enlève les tubes à drainage. Etat général satisfaisant.

28 *Janvier.* — Rétention de pus dans le trajet fistuleux, on le fend à moitié.

5 *Février.* — Une nouvelle rétention nécessite une seconde incision. L'on est obligé de lier trois artérioles.

3 *Mars.* — La plaie bourgeonne bien. Fusée purulente sous le fascia lata; ponction avec le trocart et drainage.

15 *Mars.* — Le malade se lève pour la première fois; on lui met une machine de Taylor.

13 *Juin.* — Le malade est renvoyé dans sa famille avec son appareil. Il existe encore deux petites fistules. L'état général est excellent.

4 *Septembre.* — Le malade est revu; il se porte admirablement bien. On ne constate aucun raccourcissement de l'extrémité opérée : des deux côtés $0^{m},66$.

L'ankylose est complète. Les fistules donnent peu de pus et ne conduisent sur aucun os malade.

L'on renvoie le patient chez lui après lui avoir conseillé de s'exercer à marcher sans machine.

OBSERVATION IV.

Clinique chirurgicale de Strasbourg.

Nicolas Zaccharias, de Strasbourg, âgé de 9 ans. Coxalgie chronique suppurée. Entré le 22 Juin 1875 à la salle 103. Résection de la hanche.

Le malade tomba à l'âge de 4 ans. C'est à partir de ce moment qu'il se plaignit de sa hanche. Un an plus tard, formation de fistules, état général mauvais. L'enfant, placé dans de meilleures conditions, reprend des forces. Cet état se maintient jusque peu de temps avant son entrée à l'hôpital.

A son entrée, on constate ce qui suit :

C'est un enfant vigoureux dont la jambe droite est raccourcie.

Mesures :

Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure au tibia :

à droite. 0m,29

à gauche 0m,34

Distance du plateau tibial au scaphoïde :

des deux côtés . . . . . 0m,29.

La jambe droite est dans l'adduction et la rotation en dedans; forte lordose de la partie lombaire de la colonne vertébrale. Le grand trochanter droit se trouve à peu près dans la ligne de Roser; il est un peu plus rapproché de l'épine iliaque supérieure que celui du côté gauche; il proémine davantage.

On remarque plusieurs trajets fistuleux qui conduisent, d'un côté, jusqu'au pubis et, d'autre part, sur le col du fémur carié; elles sont au nombre de 7 : une 1re au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure; la 2me à la partie antérieure de la cuisse; la 3me sous le grand trochanter; la 4me entre cet os et la tubérosité de l'ischion; la 5me sur la tubérosité même; la 6me à gauche du sacrum, et enfin la 7me à la cuisse, sous le muscle grand fessier. Trois d'entre ces fistules sont praticables; les autres sont momentanément fermées.

L'urine est normale; la température élevée.

		Temp. M.	S.
Juillet	5	38°,1	37°,7
»	6	38°,0	38°,0
»	7	37°,6	38°,8
»	8	38°,0	38°,5
»	9	38°,7	38°,4
»	10	38°,0	38°,0
»	11	37°,0	38°,1

12 *Juillet.* — T. M. 37°,1; T. S. 38°,2. L'opération est décidée pour le lendemain.

13 *Juillet.* — Opération. — Après chloroformisation du malade, M. le professeur Lücke fait, suivant le procédé de Langenbeck, une incision de 0m,10 de longueur sur le grand trochanter. L'une des fistules est comprise dans l'incision. Le trochanter est complétement sain. On essaie de le conserver, espérant arriver quand même sur les parties malades qu'on avait senties avec le stylet derrière lui. On fait la section du col au moyen de la scie à chaîne.

Comme les parties cariées de la cavité cotyloïde se trouvent situées bien plus bas qu'on ne le croyait d'abord, on retranche le grand trochanter d'un second trait de scie; n'arrivant toujours pas à atteindre les parties malades, on dut enlever au moyen de la gonge les restes de la tête ankylosée, ainsi que le col. Ce ne fut qu'alors que l'on tomba sur des os nécrosés et sur des granulations très-fongueuses qui limitaient l'intérieur du trajet fistuleux qui traversait toute l'épaisseur de l'os iliaque; on chercha, mais en vain, une communication avec la fistule supérieure. La plaie est tamponnée avec de la mousseline. On met un tube dans le trajet fistuleux de l'os iliaque.

Traitement. — Extension à droite; contre-extension à gauche. T. M. 37°,8; T. S. 37°,4.

14 *Juillet.* — Il n'y a pas eu d'hémorrhagie secondaire. Le patient se trouve bien. Forte fièvre le soir; la plaie sent mauvais. T. M. 37°,4; T. S. 40°,3.

15 *Juillet.* — Petite escharre à la fesse droite. Matelas à eau; deux pansements par jour. Suppuration abondante. T. M. 37°,8; T. S. 39°,1.

16 *Juillet.* — Suppuration abondante; pus mince; l'escharre grandit. T. M. 38°,2; T. S. 39°,6.

17 *Juillet.* — Formation de bourgeons. Suppuration très-forte. Il se forme une escharre à gauche. T. M. 37°,7; T. S. 38°,5.

18 *Juillet.* — Rien de particulier. T. M. 37°,6; T. S. 38°,5.

19 *Juillet.* — Etat général satisfaisant. Quelques douleurs pendant la nuit. T. M. 37°,9; T. S. 38°,1.

20 *Juillet.* — Suppuration abondante et fétide. Les fistules se ferment, excepté celles du bassin. T. M. 37°,5; T. S. 38°,9.

21 *Juillet.* — T. M. 37°,6; T. S. 39°,0.

22 *Juillet.* — T. M. 37°,8; T. S. 39°,3.

23 *Juillet.* — T. M. 37°,6; T. S. 38°,2.

24 *Juillet.* — La surface de la plaie est couverte par des bourgeons pâles et aplatis. Drainage des fistules encore ouvertes. T. M. 37°,8; T. S. 38°,8.

25 *Juillet.* — T. M. 37°,8; T. S. 38°,9.

26 *Juillet.* — T. M. 37°,7; T. S. 38°,6.

27 *Juillet.* — T. M. 37°,9; T. S. 38°,6.

28 *Juillet.* — On cesse de prendre la température.

30 *Juillet.* — Peu de pus par les fistules. La plaie admet encore un tube à drainage ordinaire ; bourgeons vigoureux ; suppuration moindre.

3 *Août.* — Le tube de drainage pénètre encore à une profondeur de $0^m,06$. Suppuration peu abondante, mais fétide.

8 *Août.* — Les fistules sont fermées à l'exception de deux.

20 *Septembre.* — Mouvement de fièvre subit. T. 40°,0. Rétention de pus dans le bassin. Nouveau drainage.

21 *Septembre.* — La fièvre a cessé. Appareil plâtré.

Octobre. Peu de suppuration ; pus de bonne nature. Ankylose incomplète.

31 *Octobre.* — On enlève l'appareil plâtré. Ankylose complète. Raccourcissement $0^m,02$. Machine de Taylor. Le membre est dans l'abduction et la rotation en dehors. Les fistules sont fermées, à l'exception de deux contenant un tube de drainage. Suppuration peu abondante. La palpation n'est pas douloureuse ; on sent du tissu osseux de nouvelle formation autour de l'endroit ankylosé.

Novembre. — Le malade commence à marcher avec son appareil en s'appuyant sur des béquilles. Il est levé toute la journée.

OBSERVATION V.

Clinique chirurgicale de Strasbourg.

Boos, Léon, apprenti boulanger, de Monswiller, près Saverne, âgé de 15 ans. Coxalgie, carie pelvienne. Entré le 12 Juin 1875 à la salle 103. Résection de la hanche.

Au commencement de l'année, le patient ne se rappelle plus la date, il sauta de la hauteur d'un mètre environ, tomba sur les talons et crut entendre un craquement dans la région poplitée ; néanmoins il se remit à son travail et put s'y livrer sans trop de peine pendant quelques heures encore. Cependant bientôt la douleur empêcha le moindre mouvement dans l'articulation du genou ; il se coucha, et lorsque dans la nuit il voulut se lever, il lui fut

impossible de se tenir sur ses jambes; on dut le remettre au lit. A partir de ce moment, la flexion de la jambe sur la cuisse, légère dans le début, se prononça davantage et les douleurs ne firent qu'augmenter d'intensité.

Après trois semaines, il remarqua un gonflement soudain de tout le corps qui dura quelques jours pour disparaître peu à peu. C'est à dater de cette époque qu'il dit avoir ressenti des douleurs dans la hanche; il fut traité au moyen de vésicatoires. Bientôt après il se forma à la partie supéro-externe de la cuisse une tumeur assez douloureuse qui se fit jour spontanément et donna une grande quantité de pus.

L'écoulement fut continu et bientôt il se forma d'autres fistules dans le pli de l'aine et dans la région de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Outre cela, le malade souffrit encore de fortes escharres produites parce qu'il laissait aller sous lui. Il fut transporté à l'hôpital de Saverne, où l'on essaya le redressement de la jambe.

A cette époque, la jambe gauche commença également à se fléchir; c'est alors qu'il entra à l'hôpital de Strasbourg.

L. B. est un garçon assez chétif. Il est couché sur le côté, les jambes et les cuisses fortement fléchies. On arrive à étendre en partie la jambe droite; on réussit mieux à gauche. A la partie inférieure des deux cuisses, on remarque de nombreuses stries et au membre gauche on voit une petite cicatrice au niveau de la tête du péroné. Les mouvements de la cuisse droite sont rendus impossibles par la douleur; l'examen, après chloroformisation, dénote de forts frottements dans l'articulation. A la partie supéro-externe de la cuisse droite se trouve un trajet fistuleux qui mène à une grande hauteur, probablement dans l'article.

D'autres trajets fistuleux se remarquent encore à la partie médiane de l'os iliaque, l'un d'eux conduit sur une surface osseuse cariée. Par la fistule supérieure, on arrive sur la face interne de l'os iliaque, dont on enlève quelques lamelles nécrosées, à ce niveau on remarque une perforation de l'os. Au moyen du stylet, on arrive sans difficulté à s'assurer que toutes ces fistules communiquent entre elles; elles donnent toutes issue à une quantité de pus considérable.

Au niveau du sacrum, on voit une grande surface cicatrisée et une escharre plus petite.

L'opération est décidée, vu la gravité des lésions, l'état d'affaiblissement du malade et ses fortes températures du soir. L'on se propose de l'opérer dans une quinzaine de jours.

	T. M.	T. S.
Juin 12	—	39°,2.
» 13	36°,1.	37°,8.
» 14	37°,1.	39°,8.
» 15	37°,5.	39°,2.
» 16	37°,3.	37°,2.
» 17	37°,8.	39°,0.
» 18	38°,1.	40°,0.
» 19	37°,4.	39°,9.
» 20	37°,4.	39°,6.
» 21	37°,8.	39°,2.
» 22	37°,5.	39°,4.
» 23	38°,1.	38°,6.

24 *Juin*. — T. M. 38°,2. L'opération est pratiquée au moyen d'une incision curviligne circonscrivant en arrière le grand trochanter. L'on trouve partout de fortes lésions du fémur et de la cavité cotyloïde, le tout couvert de granulations nombreuses.

Au moyen d'un stylet recourbé à cet effet, l'on arrive, à travers l'os iliaque perforé, dans la fistule supérieure, on y passe un tube à drainage ainsi que dans les autres trajets fistuleux. T. S. 37°,8.

Traitement. — Extension dans une position un peu élevée.

25 *Juin*. — Le malade ne se plaint pas. Suppuration abondante, grise, fétide, mêlée de grumeaux noirâtres. Injection d'une forte solution d'acide phénique. T. M. 37°,5 ; T. S. 38°,0.

26 *Juin*. — Rien de particulier. T. M. 38°,0; T. S. 38°,8.

27 *Juin*. — Suppuration abondante. Gonflement fluctuant de la cuisse au-dessus de la plaie de résection ; incision ; drainage. T. M. 37°,7 ; T. S. 38°,2.

28 *Juin*. — T. M. 37°,5 ; T. S. 38°,2.

29 *Juin*. — Rien de changé. T. M. 37°,8 ; T. S. 38°,6.

30 *Juin*. — Nouveau point fluctuant à la partie supérieure de la

cuisse. Ponction avec le trocart; on établit une communication entre la fistule supérieure et l'inférieure. T. M. 37°,8; T. S. 39°,0.

1er *Juillet.* — Même état. T. M. 37°,2; T. S. 38°,4.

2 *Juillet.* — L'escharre du sacrum a augmenté; suppuration abondante ; état général satisfaisant. Le malade mange un peu. T. M. 38°,2; T. S. 39°,1.

3 *Juillet.* — Le malade laisse aller sous lui, dort peu la nuit, mais mange de bon appétit. Suppuration abondante, ténue et assez fétide. T. M. 38°,9; T. S. 39°,4.

4 *Juillet.* — Même état qu'hier ; a peu dormi la nuit, les fistules ne présentent aucune trace de bourgeons. Pus mince et de mauvaise odeur.

A 4 heures de l'après-midi, le malade se met tout à coup à chanter, il croit voir la Sainte-Vierge, lui fait des discours, prie, mais est du reste en pleine possession de ses facultés intellectuelles.

On ordonne un bain de 25°. La nuit a été tranquille. T. M. 38°,5; T. S. 39°,8.

5 *Juillet.* — Le patient est abattu, les extrémités sont froides. Bains répétés dans la journée. Le soir, rougeur érysipélateuse à la partie inférieure de la cuisse. T. M. 38°,0; T. S. 40°,7.

6 *Juillet.* — Deux bains par jour. La rougeur a disparu. Le malade a mauvaise mine; suppuration intense. T. M. 39°,7; T. S. 40°,3.

7 *Juillet.* — Le malade a la diarrhée. On continue les bains et l'on administre de l'eau gommeuse. T. M. 38°,3; T. S. 39°,8.

8 *Juillet.* — La diarrhée continue. T. M. 38°,6; T. S. 38°,7.

9 *Juillet.* — Va mieux; la diarrhée a diminué ; beaucoup de pus. T. M. 37°,4; T. S. 37°,8.

10 *Juillet.* — La diarrhée a cessé; plaies assez belles; pas de fièvre.

11 *Juillet.* — Le malade est très-sensible.

12 *Juillet.* — La diarrhée recommence, mais avec peu d'intensité.

13 *Juillet.* — L'appétit revient, les plaies bourgeonnent.

15 *Juillet.* — Les plaies sont belles. L'escharre augmeute.

19 *Juillet.* — Suppuration un peu moindre.

20 *Juillet.* — Le fémur a une couleur un peu noirâtre.

24 *Juillet.* — On supprime les bains.

25 *Juillet.* — Suppuration très-abondante. Fièvre le soir : 39°,7.

29 *Juillet.* — Dans certaines positions du malade, on remarque un écoulement de pus spontané et abondant.

4 *Août.* — L'appétit est bon, la suppuration abondante.

8 *Août.* — Le malade se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite. Cette région est très-gonflée. Fièvre : 40° le soir.

10 *Août.* — Au moyen du trocart explorateur, on passe un tube à drainage dans le bassin, en même temps on éloigne du fémur un grand séquestre.

14 *Août.* — On enlève peu à peu les tubes à drainage. Le gonflement diminue.

Le malade va assez bien jusque vers la mi-Octobre. La fièvre reprend.

21 *Octobre.* — On remarque un décollement des parties molles qui se continue autour de l'os jusqu'à la face postérieure de la cuisse. Tampons de mousseline phéniquée.

22 *Octobre.* — On enlève les tampons. Drainage. Injections d'acide phénique à 10 0/0.

1er *Novembre.* Suppuration abondante. Injections avec une solution de permanganate de potasse.

15 *Novembre.* — Suppuration moindre. On laisse les tubes.

20 *Novembre.* — On remplace le drain postérieur par une bandelette de Silk.

30 *Novembre.* — Pas de fièvre. Les autres tubes sont également remplacés par du taffetas vert.

Décembre. — L'état général du patient s'améliore sensiblement. Les plaies qui ne donnent que peu de pus sont pansées à découvert. Extension continue et coussin à eau. Le malade fut débarrassé d'un ténia vers le 24 Décembre par les fleurs de Kousso et l'huile de ricin.

Janvier. — Après chloroformisation, on procède à un nouvel examen de la plaie, et l'on trouve un long trajet fistuleux partant de l'incision et se dirigeant le long du fémur vers l'épine iliaque antérieure et supérieure ; des bourgeons mollasses le remplissent presqu'entièrement. Vers le bassin, on arrive à sentir encore des os cariés. Une autre fistule, partant de la face antérieure de la

cuisse conduit, en passant sous les vaisseaux, jusque près de la masse des adducteurs ; les deux trajets ne semblent pas communiquer ensemble. Drainage. Injections de permanganate de potasse. Fer à l'intérieur.

Février. — Fort œdème à la partie supérieure de la cuisse ; la région de la hanche est très-gonflée. La fistule du sacrum sécrète encore du pus. On passe un fort tube de drainage dans le bassin. A la partie supérieure du fémur, on tombe sur une surface osseuse, rugueuse, mais fixe. La jambe est dans l'abduction ; l'ankylose n'est pas encore complète.

Extension et appareil plâtré. Pansement à découvert. Etat général satisfaisant.

Mars. — Rien de particulier.

Avril. — Suppuration assez abondante. Température presque normale.

20 *Avril.* — On enlève les tubes à drainage.

Mai. — Le patient marche avec des béquilles. Suppuration presque nulle.

OBSERVATION VI.

Clinique chirurgicale de Strasbourg.

Noth Marianne, d'Oppenau, âgée de 6 ans. Coxalgie. Entrée le 2 Avril 1875. Résection de la hanche.

Des renseignements fort incomplets donnés par les parents, il ressort que l'enfant est tombée, et qu'à la suite de cette chute elle ressentit pendant quelque temps des douleurs ; en même temps elle commença à boiter, puis la jambe se plaça en forte flexion. Elle entre à l'hôpital le 2 Avril 1875.

26 *Avril.* — Jusque-là M. N. avait été soumise à un traitement par extension que l'on remplaça alors par un appareil plâtré allant de la hanche à l'articulation tibio-tarsienne.

Bientôt une escharre au talon obligea d'enlever l'appareil. Extension de 4 kilogr. et ceinture pelvienne.

La malade a bonne mine, elle mange bien et digère régulièrement.

14 *Mai.* — Extension de 5 kilogr. Pas de fièvre.

19 *Mai.* — On enlève la traction et l'on remarque au talon une escharre de la grandeur d'un franc. Pansement au vin camphré.

20 *Mai.* — L'articulation du pied est très-douloureuse, forte lordose, adduction peu considérable.

21 *Mai.* — Nouvelle traction de 5 kilogr.

29 *Mai.* — L'appareil à extension glissant, on est obligé de l'enlever.

4 *Juin.* — L'enfant est devenue bien plus pâle et plus maigre, néanmoins l'appétit et l'état général sont encore satisfaisants.

La région de la hanche est un peu enflée, la pression sur le trochanter douloureuse, la partie antérieure de l'articulation n'est pas sensible. On ne peut reconnaître nulle part de la fluctuation. La jambe est en flexion. La malade courbe, quand on la couche sur le dos, fortement la partie lombaire de la colonne vertébrale. Les essais que l'on fait pour neutraliser la lordose provoquent une vive douleur.

On place la jambe en adduction et en rotation en dehors. Si l'on cesse l'extension, la malade se plaint de douleurs au genou.

10 *Juin.* — On endort la malade et on l'examine. Les mouvements sont libres, pas de crépitation à la hanche. Le trochanter est normalement placé.

13 *Juin.* — L'escharre du talon persiste.

18 *Juin.* — Pas de fièvre.

20 *Juin.* — Escharre à l'épine iliaque antéro-supérieure produite par la ceinture. Pansement au vin camphré.

28 *Juin.* — On enlève la ceinture pelvienne.

Juillet. — La jambe se trouve en forte abduction, la flexion est moindre. La hanche est douloureuse à la pression, la partie antérieure de l'articulation est enflée ; on y sent, mais peu nettement, de la fluctuation. L'appétit est bon, la malade a assez bonne mine. Extension de 4 kilogr., contre-extension au tronc ; l'opération est décidée.

26 *Juillet.* — Opération. — On chloroforme la malade ; alors l'articulation devient tout à fait mobile, on sent de la crépitation. La

résection est pratiquée sous pulvérisation d'acide phénique, les instruments sont placés dans une solution d'acide phénique à 5 0/0 ainsi que les éponges. On fait l'incision longitudinale de Langenbeck par-dessus le grand trochanter. La capsule articulaire est tendue, il en sort un jet de pus. La tête du fémur est privée de son cartilage, rude au toucher. La cavité cotyloïde est également malade et perforée à sa partie la plus profonde. On trouve des granulations aux bords de la capsule.

On tranche avec le couteau le col du fémur, on enlève la tête et l'on rugine la cavité cotyloïde. Les granulations de la capsule sont extirpées en partie.

On enlève la pointe du grand trochanter en laissant le périoste sur une longueur de $0^m,05$ à $0^m,075$ environ. L'hémorrhagie est très-faible. On remplit toute la cavité avec de la mousseline après l'avoir désinfectée avec de l'acide phénique à 5 0/0.

Pansement de Lister. On fait trois points de suture à l'angle inférieur de la plaie.

Extension de 4 kilogr.; contre-extension au moyen d'une ceinture pelvienne. Le soir, vomissement violent ; on donne des morceaux de glace. Le pansement, imbibé de sérum sanguin, est renouvelé. T. M. 37°,6 ; T. S, 37°,8.

27 *Juillet.* — La malade a dormi, elle n'a pas eu de douleurs violentes. Quand on supprime l'extension, des douleurs et des contractions se manifestent dans les fessiers.

Les bandelettes de mousseline sont enlevées sans hémorrhagie. Le trochanter est placé très-haut, on n'arrive qu'à grande peine à introduire un bout de sonde jusque dans la cavité cotyloïde. Extension de 6 kilogr. Le soir, vomissements violents, on prescrit des morceaux de glace, 1 siphon, et de l'acide chlorhydrique 1/200. Par l'extension on a fait redescendre le trochanter. On introduit un tube de drainage dur. T. M. 37°,8; T. S. 38°,6.

28 *Juillet.* — Le pansement est fortement imbibé, on le renouvelle. Les vomissements ne sont plus si forts. La malade a de l'appétit. La sécrétion est moyenne, l'écoulement facile. Quelques vomissements dans la journée. Ord. : sous-nitr. de bismuth. T. M. 38°,2 ; T. S. 38°,3.

29 *Juillet.* — La malade n'a pas de douleurs, elle dort la nuit;

l'appétit est assez bon, pas de maux de tête. Elle n'a pas vomi pendant la nuit. Le pus sent un peu mauvais; le protective silk est noir. L'après-midi on reconnaît dans l'urine une coloration vert-olivâtre foncée. On fait le pansement à l'acide salicylique, on lave la plaie avec une solution de permanganate de potasse. Les premières couches d'ouate sont arrosées d'acide salicylique en solution. La malade vomit une fois; à part cela, elle se porte relativement bien. T. M. 37°,5; T. S. 38°,1.

30 *Juillet.* — Le pus sent très-mauvais, la plaie est pâle et ne bourgeonne pas encore. Le tube de draînage est fortement pincé. Dans le pus on trouve pour la première fois quelques colonies de micrococcus. On lave la plaie avec du permanganate de potasse sous pulvérisation d'acide salicylique. Pas de rougeur ni de gonflement à l'entour de la hanche. T. M 37°,9; T. S. 39°,0. A 10 heures et quart, frisson. T. 40°,2.

31 *Juillet.* — On enlève le tube de draînage. Derrière le trochanter, on enlève un morceau de bande de mousseline qui s'y trouvait; ce morceau sent fort mauvais. Dans le pus, de nombreuses colonies de micrococcus; 2 pansements par jour. T. M. 37°,6; T. S. 38°,6.

1er *Août.* — La plaie a bon aspect, elle granule bien. Tube de draînage. Le pus sent mauvais, on y trouve des morceaux de tissu; 2 pansements à l'acide phénique. T. M. 37°,7; T. S. 39°,3.

2 *Août.* — La malade ne vomit plus, la langue est humide, elle a de l'appétit. Le pouls est tendu, peu fréquent.

4 *Août.* — Le pus ne sent plus mauvais. Pas de douleurs. Ord. : Tinct. ferr. pomat. XV gutt.

10 *Août.* — La plaie bourgeonne bien et n'a plus que 0^{m},02 de largeur; la sécrétion est faible; pas de fièvre.

19 *Août.* — La guérison fait des progrès: on remplace le drain par un tube plus mince.

22 *Août.* — Le tube se bouche. On sent au fond de la plaie un os rugueux. La région de la hanche est enflée.

26 *Août.* — La plaie marche bien, elle se rétrécit. Ord.: Tinct. rhei 15,00; tinct. nuc. vomic. 3,00.

La malade a vomi plusieurs fois, diarrhée; elle se plaint de douleurs d'estomac.

27 *Août.* — Ord. : Ol. ricin. 15,00.

28 *Août.* — Les vomissements cessent. Diarrhée.

1er *Septembre.* — On remplace le tube par un drain plus mince. Fièvre assez forte, néanmoins rien ne l'explique. Le trochanter s'épaissit.

14 *Septembre.* — La fièvre a cessé. La plaie est cicatrisée, sauf deux trajets fistuleux. Le pus s'écoule facilement; il est crémeux. La malade a toujours encore 2 ou 3 selles liquides par jour.

19 *Octobre.* — La plaie est cicatrisée, il ne reste qu'une fistule. Sécrétion très-faible; pus épais. On enlève le tube. État général satisfaisant. L'escharre de l'épine iliaque est cicatrisée. Extension de 3 kilogr. Contre-extension avec ceinture pelvienne.

25 *Octobre.* — Pas de fièvre.

6 *Novembre.* — On lui met un appareil de Taylor, mais elle ne peut marcher à elle seule, car elle se sent encore très-faible.

OBSERVATION VII.

Clinique chirurgicale de Strasbourg.

Louise Vierschrot, de Strasbourg, âgée de 8 ans. Coxalgie. Entrée le 2 Mars 1875. Résection de la hanche.

Les causes de la maladie sont inconnues ; elle date de Noël. La patiente a des douleurs dans la hanche et boîte très-fort.

A son entrée à l'hôpital, on lui applique une traction continue, et plus tard des appareils inamovibles. Pas de fièvre. On renouvelle l'extension au mois de mai. Les mouvements sont très-douloureux, de même que toute pression exercée sur l'articulation et le grand trochanter.

Grâce au traitement institué, les douleurs cessèrent rapidement, mais il se forma lentement une tuméfaction, dans laquelle on percevait de la fluctuation. Le sparadrap de l'extension donna lieu à des excoriations qui nécessitèrent son ablation au commencement de Juin. Pas de fièvre. La patiente a bonne mine, passablement d'appétit. La flexion du membre est très-forte, elle est compensée

par une lordose très-prononcée. La cuisse est à angle droit avec le bassin ; la jambe dans l'abduction et la rotation en dedans. Le trochanter est au-dessus de la ligne de Nélaton et toute pression sur cette partie est très-douloureuse. La partie antérieure de l'articulation est fortement tuméfiée ; on sent de la fluctuation vers le haut. Les mouvements sont à peu près impossibles. Les muscles sont très-tendus.

Pendant l'anesthésie, la flexion disparaît et les mouvements sont faciles ; on perçoit nettement de la crépitation. Le trochanter, pendant les mouvements, ne décrit pas une ligne courbe, mais se meut autour d'un seul point.

L'opération est décidée pour le 23 Juin.

Opération. — Après chloroformisation, M. le professeur Lücke fait une incision suivant le procédé de Langenbeck. La tête du fémur est malade et presque privée de cartilage ; la cavité cotyloïde est agrandie, on en détache quelques parties. Fortes granulations dans l'articulation, commencement de fonte purulente. La capsule est très-épaissie.

Pansement de Lister. Draînage. Extension 5 kilogr. Le soir, petite hémorrhagie. T. S. 38°,2.

26 *Juin*. — Rien de particulier. La malade a un peu de fièvre.

28 *Juin*. — T. M. 37°,8 ; T. S. 38°,9. Une extension de 4 kilogr. est bien supportée, peu de douleurs ; elle dort pendant la nuit. Le pus coule abondamment et sent un peu mauvais. Le tube à draînage passe difficilement et ne permet pas le complet écoulement du pus, qui est retenu derrière le grand trochanter. Pansement de Lister 2 fois par jour. Appétit modéré.

29 *Juin*. — T. M. 37°,4 ; T. S. 39°,2.

30 *Juin*. — T. M. 39°,3 ; P. 120 ; T. S. 40°,1 ; P. 120. On ordonne de l'acide muriatique 1/200.

1^er^ *Juillet*. — T. M. 37°,9 ; P. 120 ; T. S. 38°,1 ; P. 116. Suppuration très-abondante, pus de mauvaise odeur, le protective silk est noir. L'écoulement est suffisant. En pressant sur l'endroit au-dessus du ligament de Poupart, où l'on sentait la fluctuation dans le petit bassin, il s'écoule un pus très-lié. La plaie a bon aspect. Pansement de Lister 2 fois par jour ; injections dans la plaie d'une solution concentrée d'acide phénique sous une forte pression.

État général bon, appétit satisfaisant, digestion facile, langue légèrement sèche, pouls dur.

5 *Juillet.* — Suppuration modérée ; le silk est encore légèrement noirci. Pansement toutes les 24 heures. Le pus s'écoule facilement et n'est plus floconneux. La contre-extension par le tube en caoutchouc n'est plus bien supportée, on la fait au moyen d'un bandage de corps. Appareil plâtré. Extension de 6 kilogr. Température normale.

12 *Juillet.* — On met un tube à drainage de plus petit calibre.

18 *Juillet.* — La plaie diminue ; peu de sécrétion. Les granulations ont bouché le drain, on le remplace par un tube plus petit ; elles sont pâles. On couvre la plaie avec un linge camphré ; le reste du pansement est fait d'après Lister.

24 *Juillet.* — La plaie diminue lentement. Suppuration modérée. On laisse un tube à drainage. La tuméfaction est tombée. La pression sur l'articulation est presque exempte de douleurs.

1er *Août.* — Sans cause connue, apparition d'une conjonctivite phlycténulaire à l'œil gauche. Ord. : calomel.

4 *Août.* — L'affection de l'œil a disparu. La plaie de l'opération n'a plus qu'un travers de doigt de largeur et $0^m,07$ de longueur. Un trajet fistuleux mène dans l'articulation qui suppure encore. Le pus est lié, d'une odeur de fromage. Le silk est toujours noirci. On remarque une néoplasie osseuse autour du trochanter. Pansement tous les 2 jours. Extension.

24 *Août.* — Suppression du Lister. La réunion entre la cuisse et le bassin est assez solide ; le bassin suit dans des mouvements même étendus. Raccourcissement $0^m,015$. Les mouvements sont exempts de douleurs. L'état général est excellent. On applique un appareil plâtré remontant jusqu'au bassin et laissant la région de la hanche libre. La jambe est un peu en abduction.

4 *Septembre.* — On enlève l'appareil plâtré. Raccourcissement $0^m,01$. Bonne réunion entre la cuisse et le bassin ; néanmoins la malade ne parvient pas à lever la cuisse. La fistule ne livre passage qu'à peu de pus lié. Pansement tous les 2 jours. On enlève le tube à drainage. Extension de 3 kilogr. Électricité.

18. *Octobre.* — La plaie est fermée sauf une petite fistule qui fournit un peu de pus. La malade ne peut pas encore soulever la

cuisse, malgré les progrès de l'ankylose. État général et appétit bons. Extension 2 kilogr.; contre-extension à la cuisse saine.

25 *Octobre.* — La suppuration est plus abondante. On est forcé de renouveler souvent la ouate. Pas de douleurs. État général satisfaisant.

6 *Novembre.* — Application de la machine de Taylor, au moyen de laquelle la malade peut se mouvoir à une chaise. Suppuration assez abondante.

8 *Novembre.* — Exacerbation de la température du soir. Ord. : Sulfate de quinine.

14. *Novembre.* — La température est revenue à la normale, néanmoins on continue encore la quinine. État général très-satisfaisant.

OBSERVATION VIII.

Clinique chirurgicale de Strasbourg.

Victorine Susan, de Scherwiller, âgée de 4 ans. Coxalgie. Entrée le 30 Juillet 1875. Résection de la hanche.

L'affection chez notre malade a pour cause une chute qu'elle fit il y a neuf mois. Elle put encore un peu marcher après l'accident; mais depuis six mois la marche est impossible. Elle fut traitée avec des pommades et des vésicatoires jusqu'au moment où ses parents remarquèrent une tuméfaction à la partie externe de la cuisse. Elle manqua totalement d'appétit et ne prit rien que du lait.

C'est une enfant de petite stature, aux cheveux blonds et au teint transparent. Elle n'a pas de fièvre et ne tousse pas.

La jambe est fléchie à angle droit et se trouve dans l'adduction et la rotation en dedans. Les mouvements sont très-douloureux, les mouvements passifs peu étendus. La pression sur le grand trochanter est également douloureuse.

A la partie supéro-externe de la cuisse on trouve une tuméfaction fluctuante située sous le tenseur du fascia lata.

Pendant l'anesthésie, la cuisse est mobile et l'on perçoit de la crépitation. L'appétit est très-dépravé; l'enfant ne prend que du lait et refuse la viande et le bouillon. L'opération est décidée.

31 *Juillet.* — Opération. — M. le professeur Lücke fait, sous pulvérisation d'acide phénique, l'incision de Langenbeck.

La capsule est remplie de pus; la tête du fémur est détruite, on l'excise. La cavité cotyloïde agrandie est garnie de bourgeons. L'on ne trouve point de micrococcus. On enlève en outre $0^{m},005$ de la pointe et un peu du bord postérieur du grand trochanter. Le col est très-mou.

On remplit la cavité de bandelettes de mousseline et l'on ouvre les abcès; ces derniers ne communiquent pas avec l'articulation. T. S. 37°,2. L'enfant était très-agitée. Un peu de sérosité sanguinolente a traversé l'appareil : on renouvelle le pansement selon Lister.

1er *Août.* — T. M. 37°,5; T. S. 38°,5. On enlève les bandelettes de mousseline sans hémorrhagie. On nettoie la plaie avec une solution étendue de permanganate de potasse. Drainage.

2 *Août.* — T. M. 37°,4; T. S. 38°,4. Extension 4 1/2 kilogr. Contre-extension à la ceinture. Deux pansements par jour.

3 *Août.* — L'enfant est très-agitée et salit le pansement par l'urine et les selles. On met une forte couche de mousseline par-dessus le gutta-percha. L'écoulement est bon. Le pus est sans odeur; micrococcus. Appétit très-mauvais. T. M. 37°,5; T. S. 38°,2.

4 *Août.* — T. M. 37°,4; T. S. 38°,4. La ceinture n'est plus supportée, on la remplace par un bandage de corps. Ord.: Vin chin.

6 *Août.* — T. M. 38°,1; T. S. 38°. Pus abondant, deux pansements par jour. L'appétit augmente, l'enfant mange du pain et de la viande.

7 *Août.* — La plaie bourgeonne. Ord.: Tinct. chin. comp. 20,00, Tinct. nuc. vom. 0,50.

10 *Août.* — La malade a un peu plus d'appétit. La plaie suppure fort; le pus sent mauvais.

16 *Août.* — La plaie de l'abcès fournit beaucoup de pus; à la pression, il en sort un petit séquestre. L'abcès se trouve directement sous les vaisseaux cruraux et va jusque vers les adducteurs. On lave à l'acide phénique et l'on introduit un morceau de taffe-

tas. La plaie de la résection est pâle ; les bourgeons marchent lentement.

17 *Août.* — Beaucoup de pus mêlé à des fragments d'os s'écoule de l'abcès. Nettoyage au permanganate de potasse. Drainage au taffetas. Température encore un peu élevée.

24 *Août.* — Le pus ne s'écoule plus suffisamment, l'abcès chemine le long des vaisseaux et de l'os jusqu'à la région des adducteurs. Drainage au moyen du trocart de Chassaignac. La plaie de résection bourgeonne, le tube ne pénètre plus profondément.

28 *Août.* — L'enfant maigrit beaucoup. Pus abondant ; appétit insuffisant. Elle salit souvent son pansement. Peu de fièvre.

30 *Août.* — La peau est très-irritée par l'acide phénique. Eczéma. On remplace la couche inférieure de Lister par de la ouate salicylique. Escharre à la partie inférieure du sacrum, au thorax et au talon ; on tient la jambe suspendue au moyen d'une compresse.

8 *Septembre.* — La plaie de la résection va bien ; l'abcès fournit toujours encore du pus ; on continue le drainage. Appétit médiocre. Lavement avec du lait et du jaune d'œuf. Pansement de Lister. Ord. : Troschisci ferr. hydrarg. reduct. à 0,06, 2 par jour.

16 *Septembre.* — On enlève le tube de la plaie à résection, on le remplace par du taffetas.

18 *Octobre.* — La patiente est très-anémiée et amaigrie. Extension continue. La jambe gauche est encore légèrement fléchie. La ouate salicylique est fortement collée à l'escharre du talon ; la croûte est enlevée avec le pansement. La plaie de la hanche suppure peu. L'introduction d'une sonde est très-facile.

7 *Novembre.* — Escharre au talon de la grandeur d'un franc. Pansement au vin camphré. Bain de sel chaque jour.

OBSERVATION IX.

Clinique chirurgicale de Strasbourg.

Blesz Sigismond, âgé de 9 ans. Coxalgie avec abcès dans la région du grand trochanter. Entré le 13 Novembre 1874. Résection de la hanche.

L'on observe le malade jusque vers la mi-Décembre et on lui applique une extension ; comme son état ne s'améliore pas, l'opération est décidée.

17 *Décembre.* — Après chloroformisation, M. le professeur Lücke pratique l'incision de Langenbeck. L'on trouve la tête un peu atrophiée, l'articulation remplie de pus sans perforation de la cavité cotyloïde. On enlève le grand trochanter. Pansement simple. Extension.

Dans la suite on dut faire quelques ponctions pour donner issue au pus de l'abcès.

La guérison s'effectue sans complications. La jambe est en abduction, l'ankylose presque complète.

Le malade sort du service avec une machine de Taylor.

OBSERVATION X.

Clinique chirurgicale de Strasbourg.

Retler Henri, âgé de 17 ans. Entré le 28 Décembre 1875. Coxalgie et ostéomyélite de la tubérosité de l'ischion. Résection de la hanche.

L'opération est décidée pour le 7 Janvier 1876.

Comme il se trouvait une énorme collection purulente à la partie postérieure de la cuisse, M. le professeur Lücke jugea nécessaire de modifier son incision : il la fit le long du trajet du nerf

sciatique. L'on tomba sur des os rugueux, la tubérosité de l'ischion dut être réséquée ainsi que la tête du fémur et le grand trochanter.

Pansement de Lister. Extension. La guérison s'effectue rapidement sans accidents.

Le malade sort avec une machine de Taylor vers la fin de Juin.

Il est revu le 11 Juillet; presque point de raccourcissement. L'opéré s'appuie déjà sur son membre sans autre soutien.

OBSERVATION XI.

Recueillie par le Dr J. Boeckel, *chirurgien adjoint à l'Hôpital civil.*

Ostéite épiphysaire aiguë de l'extrémité supérieure du fémur datant de trois mois. — Résection de la hanche.

Marie Peter, de Kœnigshoffen, âgée de 13 ans, est une jeune fille grêle, de taille moyenne, non encore réglée. Elle ne présente aucun antécédent héréditaire ou diathésique et a toujours été bien portante.

Le début de son affection remonte à la fin du mois de Décembre 1873. Avant cette époque, aucun symptôme n'avait permis de soupçonner une lésion quelconque de l'articulation coxo-fémorale.

La cause de son affection lui est inconnue; son invasion fut très-rapide. Le 15 Décembre 1873, elle se rendit comme d'habitude à l'école; le lendemain, un jeudi, elle sortit encore pour jouer avec ses camarades. Le vendredi matin, en se levant, elle ressentit une vive douleur dans la hanche gauche; elle se rendit à l'école en boîtant; mais le soir, les douleurs devinrent telles, qu'elle dut se mettre au lit. L'affection suivit dès lors une marche aiguë; elle fut considérée à cette époque comme un rhumatisme articulaire localisé à la hanche et fut traitée comme tel, mais sans succès.

L'état général s'aggrave sensiblement; des escharres se formèrent au sacrum et au grand trochanter droit; à tout ceci vint encore s'ajouter une diarrhée colliquative intense.

Le 15 Avril 1874, quatre mois après le début de l'affection, nous voyons M. P. pour la première fois. Nous constatons ce qui suit : Facies pâle, amaigri, exprimant la souffrance. Corps en général amaigri. Décubitus dorsal. Tout mouvement qu'on fait pour changer la malade de place est péniblement supporté.

La cuisse gauche est dans l'axe du corps, parallèle à celle du côté opposé. Elle présente un raccourcissement apparent, évalué à l'œil à plusieurs centimètres. La mensuration, prise de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe, donne $0^m,64$ du côté malade et $0^m,70$ du côté sain.

Le membre gauche est sensiblement rapproché de la ligne médiane et tourné en dedans ; la pointe du pied repose sur la jambe saine, à $0^m,02$ au-dessus des malléoles. Il est, en outre, légèrement fléchi sur le bassin. L'ensellure de la région lombaire est des plus marquées.

Les deux épines iliaques sont sensiblement situées sur une même ligne horizontale ; le bassin n'est donc dévié que dans le sens antéro-postérieur.

Sur le grand trochanter gauche existe une plaie, peu profonde en apparence, de la grandeur d'une pièce de 5 francs en argent ; elle admet facilement l'extrémité du doigt ; mais celui-ci ne pénètre pas bien loin. La peau qui environne la plaie est décollée dans une étendue de 2 à 3 centimètres. La suppuration, très-abondante, permet de supposer qu'il existe un petit trajet profond, communiquant probablement avec l'article.

Sur le trochanter droit se trouve une escharre circulaire, dont le diamètre mesure $0^m,06$. Le sacrum est également le siége d'une escharre grande comme une pièce de 5 francs.

Les mouvements que l'on essaie de communiquer au membre sont très-douloureux.

Les fonctions digestives sont troublées ; l'appétit est nul et une diarrhée colliquative a puissamment contribué à plonger la petite P. dans l'état d'affaiblissement dans lequel nous la trouvons.

La température oscille le soir entre $38°,6$ et $40°$; le matin, moins élevée, elle varie entre $37°,8$ et $38°,2$.

Le 20 Avril, M. P. est chloroformée. La résolution obtenue, on arrive aisément à fléchir la cuisse sur le bassin ; la flexion toute-

fois ne dépasse pas l'angle droit. Des mouvements plus étendus ne sont possibles qu'avec déplacement du bassin. On constate, en effet, à ce moment, que celui-ci tend à se redresser en exécutant un mouvement de rotation en avant, autour d'un axe supposé transversal, lequel mouvement a pour effet de faire disparaître l'ensellure de la région lombaire.

L'adduction et l'abduction ne dépassent pas certaines limites. Dans la rotation, qui s'exécute très-facilement, on perçoit des craquements manifestes en appliquant la main sur les régions inguinale et fessière.

Ces divers signes nous permettent de conclure :

1° Que la tête fémorale est dénudée et que la cavité cotyloïde est elle-même plus ou moins altérée.

2° Que ces lésions ont entraîné une suppuration intra-articulaire qui s'est fait jour à l'extérieur, comme le prouve l'existence d'une fistule, bien que le stylet ne pénètre sur aucune portion osseuse dénudée.

L'idée d'une résection se présente immédiatement à notre esprit; néanmoins nous préférons avoir recours préalablement à la traction continue pour amener, si possible, l'ankylose de la hanche.

L'appareil américain est appliqué séance tenante. Le soir même nous le chargeons d'un poids d'un kilogr. T. S. 39°,5.

21 *Avril.* — La malade a passablement souffert pendant la nuit. T. M. 38°,2; T. S. 40°,5. On ajoute un kilogr.

23 *Avril.* — T. M. 38°,3; T. S. 40°,2. La traction est mal supportée; on est obligé d'enlever un kilogr.; les mouvements qu'on imprime à la petite P. pour la mettre sur le bassin sont extrêmement douloureux. Suppuration abondante.

Les jours suivants, la température reste élevée; elle dépasse tous les soirs 40°. L'appétit se perd entièrement; la diarrhée est toujours intense. En un mot, l'état général est déplorable et tout semble indiquer une fin prochaine.

Nous faisons part de nos appréhensions aux parents de M., en leur proposant la résection comme unique planche de salut.

L'opération est acceptée et fixée au lendemain 30 Avril.

L'anesthésie obtenue, je pratique sur le grand trochanter une incision curviligne de 0^{m},12, passant sur la fistule. Les bords de

la solution de continuité sont écartés à l'aide d'érignes et les muscles trochantériens détachés à l'aide de la rugine d'Ollier.

Ce premier temps de l'opération s'exécute assez facilement, sauf au niveau de la face antérieure et du bord supérieur de l'éminence osseuse, où l'instrument pénètre à tout instant dans la substance même de l'os, qui est ramolli et friable en ces points. Les restes de la capsule articulaire sont ensuite incisés en avant.

Des mouvements de rotation en dehors imprimés au fémur, dans le but d'arriver sur le ligament rond et de luxer la tête, font bientôt saillir cette extrémité, sans qu'il ait été nécessaire de diviser le ligament, complétement ramolli et corrodé par le pus. Au moment où la tête fémorale abandonne sa cavité, un véritable torrent de pus vient inonder la table d'opération.

La pression exercée sur l'abdomen active encore cet écoulement, qui est évalué à plus de 2 litres. J'achève de dégager la tête en sectionnant les débris postérieurs de la capsule. L'os est ensuite projeté hors de la plaie et scié en dessous du petit trochanter, qui est également mou et friable.

Après ce deuxième temps, on aperçoit au fond de la plaie la cavité cotyloïde; elle a complétement perdu son aspect normal. Le bourrelet cotyloïdien est totalement détruit; la cavité a disparu et est représentée par une surface à peu près plane, légèrement excavée, rugueuse, dépouillée de son cartilage et percée au niveau de l'attache du ligament suspenseur d'un trou de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, par lequel on pénètre dans la cavité abdominale. Les surfaces osseuses environnantes sont également dénudées et rongées jusque vers l'éminence iléo-pectinée.

Des débris aponévrotiques, périostiques et osseux flottent au fond de la plaie et adhèrent aux parties molles qui environnent l'article. On n'y touche pas. Quant aux débris de la cavité cotyloïde et des parties rugueuses avoisinantes, on les fait éclater à l'aide du ciseau et du maillet, et on retire ainsi au niveau de l'éminence iléo-pectinée deux morceaux d'os de la grandeur d'un cunéiforme. Après avoir égalisé les surfaces osseuses, on dépose dans la plaie des tampons de charpie, imbibés d'une solution au dixième d'alcool phéniqué; on les laisse à demeure pendant 3 à 4

minutes, puis on les remplace par des bourdonnets de sulfite phéniqué. L'opération n'a nécessité aucune ligature. Des compresses pliées en quatre-double sont appliquées sur la plaie et maintenues au moyen d'un bandage en T. Une double anse de sparadrap est immédiatement appliquée sur le membre jusqu'à quatre travers de doigt de la plaie et fixée au moyen d'une bande de flanelle, pour assurer son adhésion à la peau.

On transporte la petite P. dans son lit; on a eu la précaution d'y déposer un matelas à eau et un coussin à air.

La journée se passe bien; les douleurs sont très-supportables. T. S. 39°,5. Le soir on charge l'appareil d'un poids d'un kilogr.

1er *Mai.* — T. M. 38°; T. S. 39°,4. On retire les tampons de sulfite et on les remplace par des tampons frais; l'état général de la petite M. est assez satisfaisant. Les mouvements sont toujours douloureux; les pansements sont pénibles, surtout celui de l'escharre du sacrum. On ajoute 1 kilogr. à la traction.

2 *Mai.* — T. M. 37°; T. S. 38°.

3 *Mai.* — T. M. 37°; T. S. 38°. État général satisfaisant; la diarrhée tend à diminuer; pas d'appétit. Suppuration peu abondante. Mouvements très-douloureux. Pour les rendre moins pénibles, j'imagine de suspendre la petite opérée dans un hamac et remets au lendemain l'exécution de ce projet.

4 *Mai.* — Après avoir chloroformé la malade, on effectue son transport sur la nouvelle couchette.

Je me dispenserai de décrire longuement l'appareil qui lui servit de lit. Je me bornerai à dire que des sangles rembourrées furent disposées sous les reins de M. P., pour lui donner un point d'appui solide. Les membres inférieurs furent également soutenus au moyen de sangles, recouvertes d'une alèze pliée en plusieurs doubles; de cette façon la région inférieure du tronc et la partie supérieure des cuisses seules demeurèrent libres de tout soutien. On put ainsi, grâce à la manivelle, élever à volonté le hamac au-dessus du lit, placer le bassin sous la malade et laver les plaies avec la plus grande facilité, sans lui occasionner la moindre douleur, sans lui imprimer le moindre choc. Une seule personne put, à partir de ce moment, se charger des différents soins à donner à l'enfant.

T. M. 37°,2; T. S. 39°,2. Suppuration un peu plus abondante. A dater de cette époque, on ne fit plus de pansement; la plaie, exposée à l'air libre, fut simplement irriguée plusieurs fois par jour avec une solution de sulfite phéniqué; le liquide qui s'en échappait fut reçu dans un plat à barbe, contenant une certaine quantité d'alcool phéniqué.

5 *Mai.* — La malade est très-heureuse de ne plus être dérangée à chaque pansement. Son état général se relève sensiblement; l'appétit revient peu à peu; la diarrhée cesse complétement. T. M. 37°,8; T. S. 39°,4.

Les jours suivants, la température oscille entre 37°,7 et 39°,5.

10 *Mai.* — L'état est moins satisfaisant ce matin; on a été obligé de baisser le hamac pendant la nuit; la petite P., se sentant très-fatiguée, a glissé à travers l'ouverture du hamac, de sorte qu'elle a les reins brisés. Les deux fesses sont rouges et présentent des deux côtés, sur le point le plus saillant, une légère teinte bleuâtre, qui fait craindre la formation d'escharres. T. M. 38°,1 ; T. S. 38°,8. On élève le hamac au-dessus du lit pendant quelques heures, mais on ne peut prolonger la suspension toute la journée à cause de la grande lassitude qu'éprouve l'opérée.

11 *Mai.* — Les plaques gangréneuses des fesses se sont étendues ; la teinte bleuâtre de la veille est remplacée par une tache brune, bien apparente. De plus, la partie interne du pli de l'aine est le siége d'un empâtement manifeste; la peau est chaude et œdématiée. Un phlegmon paraît en voie de formation. La grande lèvre gauche est également infiltrée, chaude au toucher et douloureuse. T. M. 38°,1 ; T. S. 39°,5.

12 *Mai.* — T. M. 38°,7 ; T. S. 39°,7. Une petite ouverture spontanée se fait au pli de l'aine. La plaie résultant de l'opération est sèche, œdémateuse. L'appétit se perd de nouveau et la diarrhée recommence.

13 *Mai.* — T. M. 38°,2; T. S. 39°,8.

14 *Mai.* — T. M. 38°,5 ; T. S. 40°,1. On agrandit l'ouverture de l'aine, après anesthésie préalable. La peau est décollée dans une forte étendue; le doigt pénètre d'une part jusqu'à 0^{m},01 au-delà de la symphyse pubienne, qui est dénudée, d'autre part, jusqu'à la partie inférieure de la grande lèvre gauche. J'incise ces deux

points extrêmes et je passe des tubes de drainage à travers les ouvertures ; ils sortent tous deux par la plaie de la région inguinale. Une très-faible quantité de pus s'échappe par les différentes incisions. Traction de 5 kilogr.

15 *Mai.* — T. M. 39°,2 ; T. S. 39°,7. La malade se sent soulagée, mais les fesses sont très-douloureuses ; les plaques gangréneuses paraissent se limiter ; une auréole rougeâtre et un petit sillon superficiel indiquent que la démarcation est établie et que les parties mortifiées sont en voie d'élimination.

16 *Mai.* — T. M. 37°,9 ; T. S. 39°,1.

17 *Mai.* — T. M. 37°,8 ; T. S. 38°,5.

19 *Mai.* — T. M. 37°,4 ; T. S. 37°,7. L'état général de la petite P. est en voie de s'améliorer : l'appétit revient ; la diarrhée a cessé et les douleurs ont notablement diminué.

20 *Mai.* — On la descend pour la première fois au jardin. Le transport est des plus faciles, grâce au hamac. La traction est forcément interrompue pendant une partie de la journée ; mais le soir, lorsqu'on reporte la malade dans sa chambre, on rétablit l'extension. T. M. 37°,4 ; T. S. 38°,5.

Les jours suivants l'état général se relève d'une façon étonnante ; sous l'influence du séjour en plein air, l'appétit devient vorace ; l'embonpoint ne tarde pas à se manifester ; la température oscille entre 38°,5 le soir et 37°,7 le matin. Tout nous permet d'espérer la guérison plus ou moins prochaine de notre petite opérée.

1er *Juin.* — La plaie s'est notablement rétrécie, les escharres des fesses sont encore très-profondes, mais elles bourgeonnent activement ; une petite esquille du sacrum est retirée aujourd'hui.

11 *Juin.* — La cicatrisation de la plaie fait de rapides progrès ; ses bords sont toujours un peu œdémateux. Les os sont complétement recouverts, la suppuration est peu abondante.

L'escharre du trochanter droit n'a plus que les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Les escharres des fesses ont encore une profondeur de 3 centimètres. On enlève le tube de drainage de la grande lèvre.

17 *Juin.* — L'escharre du trochanter est complétement cicatrisée ; celle du sacrum également, celles des fesses se comblent.

19 *Juin.* — On enlève le hamac.

A partir du 20 Juin, la température ne dépasse plus 37°,9 le soir.

23 *Juin.* — La petite Peter se lève pour la première fois et fait le tour de la chambre à l'aide de deux béquilles et de deux personnes pour la soutenir.

30 *Juin.* — Les bords de la plaie sont cicatrisés; mais sa profondeur est encore de 3 centimètres.

La petite opérée passe tous les jours un certain nombre d'heures assise dans un fauteuil.

La traction est du reste continuée tout le temps qu'elle séjourne au lit. Plusieurs fois par jour on fait exécuter au membre opéré des mouvements passifs de flexion et de rotation; ils s'exécutent sans grande douleur.

6 *Juillet.* — M. P. fait le tour de la chambre, sans autre soutien que ses béquilles.

On continue les mouvements passifs et l'on fait trois fois par semaine des applications d'électricité. Bains de sel.

9 *Juillet.* — La plaie et les escharres sont complétement cicatrisées.

La petite Peter quitte la maison de santé le 30 Juillet.

Elle continue à prendre des bains de sel et vient en ville trois fois par semaine pour se faire galvaniser.

Sept mois après l'opération, les mouvements de la cuisse sur le bassin sont en partie rétablis et s'exécutent librement depuis deux mois déjà.

La flexion atteint aisément l'angle droit; le bassin reste immobile quand on ne dépasse pas cette limite; l'extension forcée s'exécute presque au même degré que du côté sain; les mouvements de rotation sont possibles; l'adduction se fait facilement, l'abduction seule est limitée.

Le raccourcissement est de $0^{m},03$; l'on y obvie par un soulier à talon élevé.

La cuisse gauche ne paraît pas atrophiée et présente les mêmes dimensions que celle du côté opposé.

La petite Peter fut revue 14 mois après l'opération : elle marchait seule sans béquilles; la claudication était peu visible, grâce à une semelle élevée.

Trois mois plus tard (Septembre 1875), elle se présente de nouveau à ma consultation. Son état s'est encore amélioré : elle a grandi et pris de l'embonpoint.

Tous les mouvements lui sont possibles, sauf ceux d'abduction qui demeurent un peu limités.

12 *Octobre.* — A 4 heures du soir, elle est prise d'un frisson intense et d'une douleur excessive dans la hanche opérée il y a 18 mois.

On la fait entrer à la maison de santé.

14 *Octobre.* — Un abcès volumineux s'ouvre au niveau d'une ancienne cicatrice située dans le voisinage du pli de l'aine.

Trois jours plus tard, M. P. succombe.

Autopsie. — Abcès du psoas ayant fait irruption dans la cavité abdominale ; péritonite suppurée, généralisée ; carie de l'os iliaque et de la branche horizontale du pubis. La tête fémorale ne s'est pas reformée ; à sa place on trouve un tissu fibreux dense et serré qui s'insère sur le fond de la cavité cotyloïde oblitérée et se continue en s'épaississant jusqu'au niveau du col fémoral. Celui-ci s'est en partie reformé, ainsi que le petit trochanter qui est représenté par une saillie osseuse effilée à laquelle viennent aboutir les fibres du psoas. Le grand trochanter ne s'est pas régénéré.

Remarque. — Pour plus de détails concernant la structure de l'appareil qui servit de lit à la petite opérée, voyez le dessin, fait d'après nature, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, A. 1875, n° 3.

OBSERVATION XII.

Recueillie par le Dr J. Boeckel.

Baumann, Philomène, 35 ans, sage-femme à Orbey, entre le 1er Juin 1874, au lit n° 3 de la salle 76, pour une affection de la hanche droite.

Elle n'accuse aucune maladie antérieure ; née de parents bien portants, morts à un âge avancé, elle a toujours joui d'une bonne santé.

Elle fait remonter le début de la maladie actuelle au mois d'Avril de l'année 1873; elle ressentit à cette époque de vives douleurs dans l'aine droite; la marche devint excessivement pénible et au bout de quelques jours tout à fait impossible. Elle fut obligée de s'aliter. Les douleurs ne firent qu'augmenter. Sous cette influence, la cuisse subit une flexion de plus en plus marquée. Trois semaines après le début de l'affection, un abcès se forma à la partie interne du pli de l'aine; on l'incisa; un flot de pus, évalué à près d'un demi-litre, s'en écoula.

Le mieux qui s'en suivit ne fut pas de longue durée : la cuisse se rétracta de plus en plus, l'état général déclina, l'appétit et les forces diminuèrent rapidement.

A l'entrée de la malade, voici ce que nous constatons :

La cuisse droite est fléchie à angle aigu sur le bassin. La peau de l'aine est rouge, chaude, légèrement excoriée; toute la région est le siége d'un empâtement très-marqué. La moindre pression qu'on exerce sur le membre arrache des cris à la malade; les douleurs s'exaspèrent pendant la nuit. Le genou du même côté est fléchi à angle aigu sur la cuisse et ankylosé dans cette position vicieuse. L'ouverture de l'abcès signalé plus haut est cicatrisée.

3 *Juin*. — On se propose d'étendre le membre au moyen de l'appareil à sparadrap. La malade est chloroformée; l'anesthésie obtenue, j'imprime quelques mouvements au membre. Ils sont extrêmement limités dans tous les sens et se transmettent au bassin qui les suit dans les différentes directions. L'ankylose est purement fibreuse : des mouvements un peu plus énergiques arrivent à vaincre l'obstacle en partie.

Application d'une anse de sparadrap et traction de 2 kilogr. Glace.

Le lendemain on est obligé de suspendre les poids.

15 *Juin*. — L'empâtement de l'aine augmente.

20 *Juin*. — L'ancienne cicatrice se rouvre et donne issue à une quantité considérable de liquide séro-purulent.

Les jours suivants, l'état de la malade empire : l'appétit se perd entièrement, elle a des sueurs abondantes et une diarrhée intense. T. M. 38°; T. S. 39°,9.

29 *Juin*. — T. M. 38°,4; T. S. 40°,2.

30 *Juin.* — T. M. 38°,5; T. S. 39°,8. Escharres en voie de formation à la fesse droite et au sacrum.

En présence de l'aggravation des symptômes observés chez notre malade, supposant une carie étendue de la tête fémorale, nous nous proposons de pratiquer la résection des parties malades.

Bien que l'âge relativement avancé de B. Ph. et les conditions fâcheuses dans lesquelles elle se trouve soient des circonstances peu favorables pour la réussite d'une semblable entreprise, nous voulons néanmoins lui offrir cette unique planche de salut.

L'opération est décidée pour le 3 Juillet. La malade étant chloroformée, je débride la fistule du pli de l'aine; le doigt, introduit dans la plaie, tombe dans une vaste poche remplie d'un pus sanieux, ichoreux, répandant une odeur infecte; puis franchit la branche horizontale du pubis et pénètre dans le bassin. Du côté de l'article, on sent la tête fémorale, dénudée et rugueuse, roulant dans sa cavité de réception en donnant lieu à des craquements formidables chaque fois qu'on imprime au membre des mouvements de rotation.

Une incision curviligne de $0^m,10$ est ensuite pratiquée derrière le grand trochanter, puis les muscles détachés de cette apophyse à l'aide de la rugine d'Ollier. En certains points elle s'enfonce dans le tissu osseux ramolli et friable; force est alors de couper les insertions musculaires avec de forts ciseaux courbes tout contre l'os. La partie antérieure de la capsule n'existe pour ainsi dire plus et l'on arrive facilement à luxer la tête en faisant exécuter à la cuisse un mouvement de rotation en dehors. La partie postérieure de la capsule est incisée et l'os, complétement luxé, est sectionné au-dessous du petit trochanter qui paraît sain. La cavité cotyloïde est rugueuse; on enlève les parties malades à l'aide de la gouge et du maillet, et l'on cautérise le fond avec le fer rouge. Des lambeaux de périoste en voie d'ossification sont laissés dans la plaie. On draîne les deux ouvertures et l'on panse au sulfite phéniqué. Application de l'appareil à traction américain.

L'opération achevée, on transporte la malade sur un hamac. La journée se passe sans grandes douleurs, grâce à une injection morphinée de 0 gr.,01. Traction de 2 kilogr. T. S. 39°.

4 *Juillet.* — T. M. 37°,8; T. S. 38°,6.

6 *Juillet.* — T. M. 37°,5; T. S. 38°,8. Traction de 4 kilogr. Commencement de suppuration. Deux pansements.

9 *Juillet.* — L'appétit revient; la malade mange pour la première fois une côtelette. T. M. 37°,2; T. S. 37°,7.

11 *Juillet.* — La suppuration devient plus abondante et nécessite trois pansements par jour.

14 *Juillet.* — T. M. 37°,3; T. S. 38°,7. Dans la soirée, l'opérée se plaint d'un malaise général, elle a des nausées.

15 *Juillet.* — T. M. 37°,5; T. S. 39°,6. Léger frisson dans la journée. Perte d'appétit. Suppuration abondante et fétide. On change le tube. Quatre pansements.

17 *Juillet.* — T. M. 37°,4; T. S. 39°,3. On remarque à la racine du membre droit une rougeur érysipélateuse, qui, née de la plaie, contourne la cuisse et gagne la fesse correspondante. Badigeon de teinture d'iode. Sulf. quin. 0 gr.,50.

18 *Juillet.* — L'érysipèle n'a pas marché depuis la veille. T. M. 37°,7; T. S. 38°,7.

19 *Juillet.* — T. M. 37°,9; T. S. 39°,5. Sueurs profuses. Diarrhée. La plaie est blafarde et suppure peu. Les deux fesses sont le siége de légères excoriations.

22 *Juillet.* — L'état général baisse progressivement; les escharres ont notablement augmenté d'étendue. La malade demande à quitter le hamac, on la couche sur un matelas à eau.

Les jours suivants, l'état s'aggrave. Diarrhée intense, légers frissons, sueurs profuses, appétit nul.

La malade s'épuise à vue d'œil et finit par succomber le 29 Juillet.

L'autopsie révèle une suppuration du psoas droit dont les fibres musculaires n'existent plus qu'à l'état de putrilage. La cavité abdominale est remplie d'un pus sanieux, ichoreux, extrêmement fétide.

OBSERVATION XIII.

Recueillie par le Dr J. Boeckel.

Augusta Steiner, de Gengenbach (Bade), 19 ans, entrée au n° 17 de la salle 76, le 15 Juillet 1874. Jeune fille grêle et chétive, profondément anémique ; cicatrices multiples de scrofule.

Le début de son affection remonte au mois de Février 1874 ; elle eut, à cette époque, des douleurs articulaires généralisées qui se localisèrent bientôt à la hanche droite ; dans le courant du mois d'Avril, les douleurs devinrent excessivement intenses ; la marche pénible et claudicante jusque-là devint impossible, et la jeune fille dut s'aliter. M. le Dr Stamm, appelé auprès de la malade, constata les symptômes suivants : Allongement apparent de la cuisse droite, adduction et légère flexion du membre sur le bassin ; mouvements communiqués insupportables ; état général peu satisfaisant. M. le Dr Stamm posa le diagnostic de coxalgie ; désirant avoir l'avis d'un confrère, il nous fit l'honneur de nous demander en consultation.

Je vis pour la première fois la malade le 1er Mai. Il fut décidé que l'on exercerait une traction continue sur les deux extrémités inférieures. Du côté malade, on chargea l'anse de sparadrap d'un poids de 2 kilogr. ; à gauche, on exerça une traction double pour rétablir l'égalité de longueur des membres. En même temps on fit une contre-extension à droite pour faire remonter le bassin de ce côté.

10 *Mai.* — Un abcès profond se forme dans la région de la hanche malade. Je le ponctionne à l'aide de l'aspirateur Potain et j'en retire 300 gr. de pus séreux.

Trois semaines plus tard, l'abcès s'est reformé.

Nouvelle ponction donnant issue à 150 gr. de sérosité purulente. Dans l'intervalle, un abcès froid se forme dans la région sous-épineuse et un autre sur le dos de la main.

15 *Juillet.* — On transporte la malade à l'hôpital.

L'état général s'est peu amélioré. Grâce à la traction, les membres inférieurs ont sensiblement la même longueur; les douleurs ont également diminué.

22 *Juillet.* — Application d'un appareil plâtré pour faciliter le transport de la jeune fille au jardin. État stationnaire jusque vers la mi-Octobre. A cette époque, nouvel abcès articulaire; ponction : même quantité de pus que précédemment.

10 *Novembre.* — Un abcès s'ouvre spontanément au niveau du grand trochanter droit. Il s'écoule 250 gr. de pus environ. Les jours suivants, l'état empire; perte d'appétit, fièvre 39°,9, diarrhée. La résection de la hanche me paraît être l'unique ressource.

Je crois de mon devoir d'offrir à la malade ce dernier moyen de salut, tout en exposant aux parents la gravité de l'opération et le peu de chances de réussite dans des circonstances aussi désagréables.

L'opération est néanmoins acceptée et fixée au 14 Décembre.

Je ne décrirai pas les différents temps qu'elle comporta; rien de particulier n'est à noter sous ce rapport; la section osseuse fut faite au-dessous du grand trochanter; la tête fémorale, cariée, avait subi une diminution de volume considérable; la cavité cotyloïde était relativement saine.

L'opération terminée, on transporta l'opérée sur un hamac; elle est excessivement faible, bien que la perte de sang ait été insignifiante.

Vin chaud. Bouillon. T. S. 38°,3.

15 *Novembre.* — T. M. 37°,6. La jeune fille succombe dans la journée.

A l'autopsie : Dégénérescence amyloïde des organes internes.

Conclusion.

Maintenant que nous avons passé en revue les différentes histoires de malades que nous avions à notre disposition, cherchons quels fruits nous pourrons en retirer à l'appui des théories que nous avons émises.

Pour ce qui est des indications et du moment de l'opération, nous croyons être en parfaite concordance avec nos observations; car si d'une part nous avons dit qu'opérer le plus tôt possible était le mieux une fois que tout autre moyen nous était refusé, d'autre part encore nous avons établi que l'opération était indiquée même dans les cas où le bassin était très-malade et la cavité cotyloïde perforée.

A l'appui de la première de nos thèses, nous citerons les observations II, III, VI, VII, VIII, IX, XIII; pour défendre l'autre, nous avons le brillant résultat de notre X^{e} observation et l'état dans lequel se trouvaient les opérés des observations I, IV, V, XI, XII.

Aussi croyons-nous, en nous fondant précisément sur le cas du jeune Retler, obs. X, et sur les autres moins probants, il est vrai, que nous venons de citer, qu'avec ou même sans pansement de Lister nous pouvons réséquer des parties même étendues du bassin et y établir des drainages. Certes ce n'est pas là le fait le moins important que nous avons cherché à faire ressortir dans notre dissertation.

L'utilité du procédé de Langenbeck est suffisamment démontrée dans la majeure partie de nos observations par la rapidité relativement grande avec laquelle se cicatrisa la plaie *linéaire* ainsi formée.

Pour ce qui est de la résection du grand trochanter, nous voyons jusqu'à quel point elle est devenue indispensable chez le jeune Zaccharias, obs. IV. Nous croyons d'ailleurs avoir suffisamment établi dans la partie précédente de notre travail les raisons qui nécessitent son ablation pour ne plus être obligé d'y revenir ici.

Un grand point encore est clairement démontré par toutes nos observations : c'est l'incontestable utilité de l'extension. En effet, chez la petite Peter, obs. XI, on est arrivé, grâce à elle, à empêcher l'ankylose; chez le jeune Arbogast, obs. III, on n'a constaté aucun raccourcissement, et chez les autres, cette déformation était à peine sensible.